ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

TOME HUITIÈME.



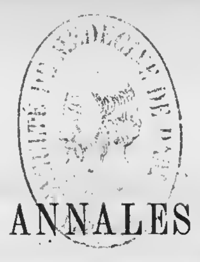
PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

1876-1877



ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite.)

XXVII

Vous trouverez cette observation un peu courte ; ce n'est en effet qu'une simple note. Mais je vais vous décrire avec plus de détails un cas complexe de myo-névropathie syphilitique, avec détermination matérielle sur une articulation.

Syphilis à forme névropathique. Dès le deuxième mois du chancre, douleurs névralgiformes dans les extrémités, surtout dans le bras droit. — Arthropathie des gros orteils.

Au quatrième mois, affection syphilitique du biceps gauche,

légère, de peu de durée, accompagnée de douleurs et sans lésions du coude.

Siphilide papulo-crustacée discrète. — Intensité et persistance des phénomènes névropathiques douloureux. — Amaigrissement et perte des forces.

Observation X. — D... (Louis), âgé de 45 ans, chapelier, entré dans mon service le 5 janvier 1870, salle 8, n° 18, s'était toujours bien porté et n'avait eu d'autre maladie qu'une petite vérole confluente, à l'âge de 26 ans, dont sa figure est restée toute couturée. Je ne découvris dans ses antécédents aucune affection vénérienne, ni aucune maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise.

Vers la fin de novembre 1869, dix jours après le dernier coït avec une femme qu'il voyait habituellement, il survint un chancre dans la rainure balano-péputiale. Quand il entra dans mes salles, il avait des adénopathies spécifiques multiples, une roséole érythémateuse qui disparut assez vite sous l'influence du traitement.

Le 20 ou le 25 janvier (deuxième mois du chancre), ce malade fut pris de douleurs vives dans le bras et dans l'épaule du côté droit, sans raideur dans les mouvements, et sans gonflement au niveau des articulations. Ces douleurs, plus intenses la nuit que le jour, empêchaient tout sommeil; elles consistaient en élancements qui irradiaient tout le long du bras, de l'avant-bras jusqu'au poignet; elles étaient accompagnées d'une sensation de lourdeur et de brisement, sans crampes ni paralysie. Les mouvements calmaient ces phénomènes douloureux.

Huit ou dix jours après, il survint dans les deux jambes, principalement vers la partie moyenne des cuisses, et dans le mollet, des douleurs crampoïdes, surtout nocturnes et assez violentes pour empêcher la marche. Outre ces accidents, il se produisit de la tuméfaction au niveau des gros orteils, sans rougeur et sans œdème, comme si le périoste ou les éléments fibreux eussent été seuls intéressés. (Pas de

goutte dans la famille.) Les douleurs musculaires et articulaires persistèrent avec beaucoup de violence pendant huit ou dix jours.

Il y eut du mieux vers le milieu de février; mais à la fin du mois, les douleurs revinrent dans les bras et dans les jambes, sous forme d'élancements nocturnes, et il se produisit, sur la peau, une poussée discrète de papules plates caractéristiques.

Le 3 mars (quatrième mois révolu de la syphilis) je constatai l'état suivant: sommeil agité, ou insomnie. C'est vers 10 heures du soir que commencent les douleurs et l'engourdissement des bras et des jambes; ils durent presque toute la nuit.

Il existe du côté gauche l'affection syphilitique du biceps, caractérisée par l'impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras, sans provoquer une très-vive douleur. Il n'y a du reste aucune lésion du coude.

Le gros orteil droit est le siége d'une tuméfaction notable et douloureuse, avec gonflement des têtes osseuses, mais sans empâtement périphérique. Syphilide papuleuse discrète.

Cette situation se prolongea plusieurs jours, malgré le traitement spécifique. Après des alternatives variables, les douleurs étaient encore très-vives dans tout le membre supérieur droit, le 5 avril (cinquième mois de la syphilis). Elles partaient de la pointe de l'omoplate, du creux de l'aisselle et de la partie antérieure de l'épaule, et se propageaient le long du bras et de l'avant-bras, en avant et en arrière, jusqu'à l'extrémité des doigts en s'accompagnant là d'une sensation de pesanteur, d'engourdissement presque continuelle. Pas de points douloureux à la pression, pas d'anesthésie cutanée. Affaiblissement de la force musculaire.

Vers cette époque, quelques-unes des papules plates

étaient devenues croûteuses, il existait de l'agitation nocturne, de l'insomnie; et, comme le malade éprouvait en même temps de l'obnubilation, des étourdissements, de la tendance à la lipothymie, des vomissements, je craignais qu'il ne se fît une détermination syphilitique du côté de l'encéphale; heureusement qu'il n'en fût rien. L'attaque névropathique se borna à cette névralgie brachiale droite, qui ne présentait pas d'exacerbations nocturnes bien franches, ni une localisation précise sur telle ou telle branche nerveuse, mais qui n'en était pas moins assez violente pour troubler la santé générale et provoquer des phénomènes sympathiques éloignés.

Remarquez la forme et la tenacité de ces accidents syphilitiques. Ils se traduisent principalement par des phénomènes douloureux contre lesquels échouent toutes les tentatives de médication spécifique ou autre. Ils se calment un moment; mais c'est pour revenir bientôt. Ainsi, vers le milieu du mois de mai (sixième mois et demi de la syphilis), les douleurs se reproduisirent dans les deux bras, avec irradiations dans les avant-bras et dans les doigts, principalement cette fois dans l'annulaire et dans l'auriculaire de la main gauche, et autour de l'articulation du coude qui resta toujours intacte. Maigreur très-considérable allant presque jusqu'à l'atrophie musculaire; syphilide crustacée en voie de guérison.

En juin, la santé de ce malade s'améliora un peu, et il sortit de mon service.

Ce cas, messieurs, est un bel exemple de cette forme de la syphilis qu'on pourrait appeler *névropathique*. Elle est assez rare chez l'homme, tandis qu'on la rencontre fréquemment chez la femme. Notre malade ne paraissait y être prédisposé par aucune maladie constitutionnelle anté-

rieure à l'intoxication syphilitique. C'est donc cette dernière qu'il faut seule accuser ; mais il est à croire aussi qu'elle trouvait là un terrain propice et que le même virus, introduit dans un autre organisme, aurait manifesté ses effets d'une façon différente.

Quoi qu'il en soit des causes d'un pareil état, sachez qu'il se caractérise habituellement par les phénomènes suivants :

1° Par des douleurs vagues, par un endolorissement général des membres ou par des irradiations qui se propagent le long des principaux nerfs jusqu'aux extrémités des doigts ou des orteils. En général, ces douleurs sont spontanées, mobiles, paroxystiques, ce qui les distingue des douleurs ostéocopes profondes qui ont un caractère beaucoup moins névralgique. Elles affectent quelquefois la forme de crampes, quoique la contractilité musculaire ne soit pas atteinte; ou bien celle de brisement, de courbature dans les grandes masses musculaires, avec quelques douleurs pongitives plus ou moins répétées et disséminées çà et là, qui tranchent par leur acuité sur le fond de cette souffrance sourde et continue. Dans la tête, les douleurs sont peut-être plus franchement névralgiformes que dans les bras et surtout que dans les extrémités inférieures. En classant toutes ces algies d'après leur ordre de fréquence et d'intensité, on trouve dans la forme névropathique de la syphilis : les névralgies fronto-cervicales, les névralgies cubitales, et puis les névralgies axillaires et intercostales;

2° Par un amaigrissement qui porte sur toutes les parties du corps, mais en particulier sur le système musculaire où il s'élève jusqu'à l'émaciation et à l'atrophie. Cet amaigrissement se produit malgré l'intégrité apparente des principales fonctions organiques ;

3° Par quelques phénomènes arthropathiques qui ne sont pas constants et n'entraînent que peu de change-

ments dans les parties molles ou dans les parties des articulations;

4° Par des troubles nerveux de la circulation tels que palpitations, spasmes respiratoires, oppression, tendance aux lipothymies, etc.;

5° Quelquefois par des périostoses disséminées sur le péricrâne, sur le sternum, les côtés, ou sur divers autres points du système osseux.

Je ne vous donne là qu'une esquisse de cette forme fort intéressante de la syphilis. C'est en définitive autour des douleurs névralgiformes multiples que se groupent tous les autres accidents; la souffrance du système nerveux périphérique dans ses filets sensitifs, rarement dans ses filets moteurs, en constitue l'élément essentiel.

Dans l'observation précédente, l'affection syphilitique du biceps est tout à fait accessoire. Elle a été légère et de courte durée. Sa coïncidence avec les algies brachiales qui tourmentèrent ce malade pendant plusieurs mois ne doit pas être prise pour un rapport de cause à effet, car ces algies avaient existé longtemps avant l'affection bicipitale et ont persisté après sa disparition. Et puis, ne s'est-elle pas développée dans le bras gauche qui a toujours été moins douloureux que le droit?

XXVIII

Dans le cas suivant, la syphilis a évolué en toute liberté et sans être influencée par aucun traitement. L'affection du biceps est survenue vers le quatrième mois; elle a été précédée et accompagnée de douleurs rhumatismales et névralgiques nombreuses, dont quelques-unes, celle de la

tête, avaient pour point de départ une périostose épicrânienne.

Syphilis à forme névropathique, évoluant pendant cinq mois, sans être soumise à aucun traitement. — Céphalée névralgiforme ayant pour centre d'irradiation une tumeur fronto-pariétale gauche survenue au troisième mois de la syphilis. — Accidents douloureux myalgiques et rhumatismaux. — Affection syphilitique du biceps, au cinquième mois de la maladie.

Observation XI. — M. F.., cocher, âgé d'une vingtaine d'années, d'une bonne santé habituelle, et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, entra dans mon service à l'hôpital du Midi; pour des chancres infectants suivis au bout de trois mois d'accidents constitutionnels insolites : douleurs de tête très-violentes, la nuit principalement, occupant tout le crâne, paroxystiques et plus intenses à gauche qu'à droite ; au-dessus de l'œil gauche, bosse survenue sans cause extérieure, à base plus large qu'une pièce de cinq francs en argent, sans adhérences à la peau qui était intacte à son niveau, peu sensible à la pression, non fluctuante, point de départ des irradiations névralgiques temporo-pariétales.

Cette tumeur dura dix à quinze jours environ et disparut spontanément. La céphalée névralgiforme persista pendant un mois. Ce fait de périostose survenant à une époque si rapprochée de l'accident primitif a été rapporté et commenté dans mon mémoire sur les *Affections syphilitiques précoces du système osseux*, p. 16-18. Cette manifestation n'est pas la plus importante à notre point de vue actuel. Je vous prie de remarquer surtout les suivantes :

Vers la même époque, cet homme fut pris de crampes occupant la partie antérieure de la poitrine, au niveau des

attaches costales du grand pectoral. Elles étaient si douloureuses qu'elles empêchaient de rapprocher les bras du tronc et leur enlevaient toute force, si bien, disait le malade, qu'il lui eût été impossible de casser un œuf en joignant les deux mains. Il existait en outre un sentiment habituel d'oppression, s'élevant jusqu'à l'orthopnée pendant la nuit.

Quelques temps après, les deux épaules furent prises de douleurs qui envahirent tous les muscles de l'omoplate. Elles étaient exaspérées par les mouvements et plus prononcées le jour que la nuit; elles durèrent quinze jours environ. L'articulation était intacte.

Au commencement de juin (cinquième mois de la syphilis), une douleur vive se produisit dans le bras gauche, des deux côtés de l'olécrâne, en arrière et en avant, sur le côté externe du tendon du biceps, au niveau du pli du coude, exaspérée par les mouvements et accompagnée d'une sensation de pesanteur dans les bras. L'extension complète de l'avant-bras sur le bras était impossible, bien qu'il n'existât aucun changement matériel dans l'articulation du coude, si ce n'est la tension du tendon du muscle biceps. Dans le pli du coude à droite il y avait également aussi un peu de douleur, mais sans affection bicipitale.

Aux extrémités inférieures il y eut aussi des phénomènes douloureux dans la partie interne et antérieure des deux cuisses, dans les jarrets et au pourtour de l'articulation du genou qui était exempte de toute inflammation ainsi que les gaînes tendineuses qui la côtoient.

Lorsque ce malade entra dans mon service, il avait une éruption papuleuse extrêmement confluente qui datait de deux mois. Il éprouvait encore des douleurs intolérables dans plusieurs des points précédemment indiqués. Quoiqu'il eût beaucoup souffert, sa santé générale n'avait pas été très-altérée, ce qui permit d'instituer un traitement

mixte énergique qui le guérit à peu près de tous ces accidents au bout de deux mois. Il sortit à la fin d'août. Son chancre avait débuté en février.

Cette première phase de la vérole, abandonnée à sa marche naturelle, avait donc été caractérisée, comme chez le malade précédent, par une détermination spéciale sur le système musculaire et sur le système fibreux. Il y avait eu, tour à tour ou simultanément, des douleurs dans les muscles de la poitrine et des extrémités, surtout des supérieures, douleurs qui avaient toujours présenté le type myalgique, plutôt que le type névralgique. L'affection syphilitique du biceps s'était produite dans sa forme ordinaire du côté gauche, et n'avait eu là aussi qu'un rôle pour ainsi dire épisodique. Enfin le péricrâne s'était tuméfié dans la région frontale, sous forme d'une large périostose d'où s'élançaient dans diverses directions du crâne, des douleurs névralgiformes. Contrairement à ce qui avait eu lieu, dans le cas précédent, cette syphilis, malgré sa forme névropathique, n'avait pas déterminé un amaigrissement considérable. Mais il est rare, je vous le répète, que l'organisme ne soit pas touché d'une manière très-sensible par cet ensemble d'accidents douloureux.

XXXI

Tels sont, messieurs, les principaux cas d'affection syphilitique du biceps que j'ai pu recueillir. Ils ne sont pas nombreux dans la science, sans doute parce qu'on ne s'est pas donné la peine d'en prendre note. J'en ai trouvé trois, très-sommairement exposés dans la *Gazette des hôpitaux* de 1842, p. 98. Ils sont dus à M. Ricord. En voici le résumé :

1. A la troisième année d'une syphilis traitée par le mercure, les muscles fléchisseurs de l'avant-bras droit perdirent leur élasticité, et furent pris de douleurs nocturnes comparables aux douleurs ostéocopes. — Avant-bras coudé à angle droit sur le bras. Les tissus de la région affectée offraient une dureté et une raideur très-remarquables; mais ils ne paraissaient point altérés. — Hyperostose du tibia gauche. Guérison au bout de vingt jours avec l'iodure de potassium, à la dose de 3 grammes par jour.

2. Chez un second malade, la rétraction musculaire se montra à la suite de chancres indurés au gland, qui avaient persisté longtemps, malgré le traitement hydrargyrique. — Elle constitua le seul symptôme syphilitique en tout semblable au précédent et guérit au bout de quinze jours de traitement par l'iodure de potassium.

3. Syphilis avec une première poussée d'accidents secondaires traités par le mercure. Un an après, tubercules ulcérés de la gorge, et presque en même temps la rétraction musculaire se manifesta dans les fléchisseurs de l'avant-bras; elle présenta absolument les mêmes caractères et suivit la même marche que dans les deux cas précédents. Guérison au bout de six semaines par l'iodure de potassium.

Dans un quatrième cas la rétraction musculaire des fléchisseurs de l'avant-bras n'eut lieu qu'au bout de 10 ans et fut guérie en cinq semaines par l'iodure de potassium.

Une des observations les plus intéressantes et les plus complètes de l'affection syphilitique du biceps est celle

qui a été publiée par M. le Dr Notta, dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1853, p. 175. En voici le résumé.

4. Chez une femme âgée de 26 ans, à une époque rapprochée de l'accident primitif, au déclin d'une première poussée de manifestations syphilitiques du côté de la peau et des muqueuses (croûtes dans les cheveux, syphilide érythémateuse, tubercules plats de la langue, des joues et des parties génitales), apparition de douleurs nocturnes dans les membres, sur le trajet des os et dans les articulations.

Dans les deux jarrets, empâtement, tuméfaction prononcée du tissu cellulaire sous-cutané. Épanchement dans l'articulation gauche radio-carpienne. Sur le cubitus droit, deux tumeurs du volume d'une noisette, dures, douloureuses à la pression, sans changement de couleur à la peau.

Extension complète de l'avant-bras droit empêchée par le raccourcissement du biceps, dont le tendon fait saillie sous les téguments. L'avant-bras forme alors avec le bras un angle de 70° environ. L'articulation du coude est saine et ne renferme pas de liquide. Le muscle biceps est souple, bien contractile. Extension forcée douloureuse. Tendon du biceps également douloureux à la pression, mais ne présentant aucune altération.

Depuis quelques jours l'extension des doigts ne se fait pas aussi bien qu'auparavant. Pour la main gauche, le fait est peu marqué, un peu plus cependant pour le médius et l'annulaire que pour les autres doigts. Pour la main droite, cette lésion est très-sensible à l'annulaire et au médius ; et les phalanges de ces doigts, au lieu de former une ligne droite, lorsqu'elles sont à l'extension, forment une courbe prononcée. On ne peut vaincre la résistance qui s'oppose à l'extension.

Les muscles fléchisseurs des doigts ne sont pas doulou-

reux à la pression; ils sont souples. On ne détermine de douleur à la pression que sur la face antérieure et les parties latérales de la deuxième phalange des doigts annulaire et médius de chaque main. Les mains ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction. Aucun changement matériel dans les parties atteintes.

Traitement mixte. Guérison de la rétraction et des autres troubles musculaires. Quelques mois après, iritis syphilitique.

Le côté le plus remarquable de cette observation, c'est évidemment l'obstacle à l'extension des doigts survenu des deux côtés, surtout à droite. Il n'est pas douteux que la cause qui avait déterminé la flexion forcée de l'avant-bras droit sur le bras, sortant de ses limites ordinaires, avait aussi envahi les muscles extenseurs des doigts, sans laisser ni dans leur partie charnue ni dans leurs tendons aucune trace matérielle de son action.

XXX.

Pour terminer l'exposé clinique qu'il importe de faire aussi complet que possible, dans ce sujet obscur, je vais vous résumer les observations qui servent de base au mémoire de M. Notta.

5. Femme de 22 ans. Jamais de rhumatismes. Bonne santé antérieure. Accident primitif inaperçu. Syphilide superficielle sèche, alopécie; douleurs dans les membres et en particulier au pli des deux coudes. Au 7e mois environ de ces accidents, fièvre typhoïde, pendant la convalescence de laquelle la malade s'aperçut pour la première fois qu'elle ne pouvait plus étendre le bras droit. Augmenta-

tion progressive de la maladie. Aucun traitement anti-syphilitiquc.

Amaigrissement, cachexie, psoriasis. Douleurs nocturne sur le trajet des os des membres. Douleurs dans les genoux et lcs pieds; pas d'exostose. La malade est droitière L'avant-bras droit ne peut être étendu sur le bras que suivant un angle obtus de 135°. Douleur aux insertions radiale et coracoïdiennc dans l'extension forcée, et par la pression, sans aucune lésion appréciable du muscle ni de ses tcndons. Le long supinateur est un peu rétracté; il est légèrement douloureux en un seul point, à son insertion humérale. Traitement spécifique ; guérison au bout d'un mois. Récidive immédiate, guérison rapide. Il y a toujours eu une douleur vive à la pression et dans l'extension forcée, au niveau de l'inscrtion radiale.

6. Femme de 22 ans. Accident primitif inaperçu. Petite tumeur à la partie inférieure du triceps brachial gauche survenue sans manifestations antérieures appréciables et accompagnée de douleurs vagues dans le bras. Au bout de 18 mois, la tumeur avait doublé de volume et l'avant-bras gauche s'était fléchi peu à peu sur le bras. Traitement pendant plusieurs mois avec du mercure et de l'iodure de potassium. Amélioration, mais pas guérison complète ; persistance de la tumeur, extension complète impossible.

Près de deux ans après le début de cette affection, le bras gauche offrait à sa partie postéro-inférieure une tuméfaction qui paraissait avoir son siége dans le triceps et présentait tous les caractères d'une tumeur gommeuse, sans changement de couleur à la peau et avec douleurs sourdes vespérales. Épanchement dans l'articulation du coude.

Symptômes ordinaires de l'affection syphilitique du bi-

ceps avec douleur au niveau de l'insertion radiale par la pression et l'extension forcée.

Résorption du liquide, persistance des symptômes de l'affection du biceps, puis guérison au bout de deux mois obtenue par l'iodure de potassium.

7. Homme de 23 ans, d'une bonne santé habituelle. Antécédents vénériens obscurs. Deux ans avant l'affection du biceps, balano-posthite ; huit mois avant, lennorrhagie de deux mois de durée, puis syphilide ulcéreuse superficielle ayant laissé des cicatrices caractéristiques.

C'est trois mois après la guérison de cette éruption que débuta l'affection syphilitique du biceps gauche (le malade était gaucher), qui se développa lentement et présenta ses symptômes habituels. Un peu en avant et au-dessous de l'épitrochlée existait une tumeur assez régulière, ayant l'étendue d'une pièce de cinq francs à sa base, molle, fluctuante sans changement de couleur à la peau, indolente, contenant du pus séreux. Guérison au bout de quelques semaines.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'AFFECTION SYPHILITIQUE DU BICEPS.

Après vous avoir donné toutes les observations qui me sont personnelles et celles que contient le mémoire de M. Notta, je vais embrasser dans une vue d'ensemble l'affection syphilitique du biceps, rechercher ses causes, démêler les éléments qui la constituent, étudier son processus et, à défaut d'anatomie pathologique, faire les hypothèses les plus probables sur la nature et sur le siége des lésions.

SECTION I

Causes constitutionnelles de la myopathie syphilitique du biceps : on ne l'observe que dans la syphilis. — Absence de causes occasionnelles.

Périodes de la syphilis pendant lesquelles elle se manifeste : elle est habituellement précoce.

Ses rapports avec l'intensité et avec la forme de la syphilis. Forme myo-névropathique.

Ses coïncidences syphilitiques. Elle n'est pas une émanation de la syphilose des centres, mais un des modes de la syphilose nerveuse périphérique.

Circonstances physiologiques qui favorisent la myopathie bicipitale. — Prédominance de cette variété de myopathie dans les muscles fléchisseurs; mais les extenseurs en sont aussi atteints.

I

L'affection du biceps telle que je viens de vous la montrer et de vous la décrire ne se rencontre dans aucune autre maladie générale que la syphilis. Je ne l'ai jamais observée ni dans la scrofule, ni dans les dartres, ni dans l'arthritisme. Rien d'étonnant qu'il en soit ainsi pour les deux premières; mais le rhumatisme et la goutte, qui attaquent avec une prédilection si marquée le tissu musculaire et le tissu fibreux, pourraient en offrir des exemples. Il n'en est rien cependant; la syphilis est la seule cause constitutionnelle de cette affection; et elle l'est si exclusivement, que la seule constatation du phénomène morbide implique le diagnostic, même en l'absence de tout antécédent ou de toute circonstance pathologique de même nature.

Sur ce point-là, l'étiologie est évidente et péremptoire,

mais elle resterait incomplète si on ne pénétrait pas plus loin dans la recherche des causes secondaires et accessoires. Quoique d'un ordre moins élevé, elles ne doivent jamais être négligées, car lorsqu'on arrive à les découvrir, à pénétrer leur influence respective, la portée, la succession et l'enchaînement de leurs effets, on est bien près de connaître les conditions pathogéniques qui révèlent ce qu'il y a de plus spécial et de plus intime dans tout état morbide.

Malheureusement, messieurs, la nécessité de rechercher ces causes, si pénétré qu'on en soit, n'entraîne pas comme corollaire leur découverte. Aussi j'ai le regret de vous dire qu'en dehors de l'origine constitutionnelle de l'affection, je ne suis parvenu à déterminer d'une manière précise aucune circonstance étiologique de quelque valeur.

II

L'affection syphilitique du biceps peut se manifester à toutes les périodes de la syphilis. Néanmoins, elle me paraît appartenir plutôt à la période secondaire qu'à la période tertiaire, quoiqu'on l'ait rencontrée quelquefois en même temps que les gommes ou les affections tardives du système osseux. Sur les onze cas que je vous ai décrits, dans huit j'ai pu déterminer la date de la myopathie bicipitale. Eh bien, dans ces huit cas le biceps est devenu malade au 7e, au 3e, au 9e, au 15e, au 6e, au 4e, au 12e, au 2e mois de la syphilis, en comptant à partir du début de l'accident primitif. La date moyenne, en s'en tenant à ces huit faits, serait donc 6 ou 7 mois. Mettons 10 mois, un an, si vous le voulez : l'affection bicipitale restera toujours classée par sa chronologie dans la catégorie des accidents précoces de la syphilis. Cette manière de voir s'éloigne de celle qui est généralement adoptée. Chaque fois que le

système musculaire est touché, on croit que la syphilis est arrivée à sa période tertiaire. Je me suis élevé souvent contre cette division arbitraire des accidents en secondaires et tertiaires. Un accident peut être secondaire par sa date et tertiaire par sa nature et réciproquement. Où est la limite?... M. Ricord se faisait une très-fausse idée de l'affection biceptale : il la confondait avec les rétractions musculaires consécutives aux gommes ou aux myosites diffuses; aussi était-il tout naturel qu'il la considérât comme un phénomène de l'ordre tertiaire. M. Notta, le seul qui l'ait bien étudiée et comprise, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions : « Les accidents, dit-il, qui existaient en même temps que la rétraction étaient, dans trois cas, des accidents tertiaires; dans un cas, des accidents secondaires à leur période de déclin, compliqués d'accidents tertiaires; enfin dans deux autres cas des accidents secondaires. De l'analyse que nous venons de faire, on peut conclure que la rétraction que nous avons en vue est une manifestation de la syphilis qui apparaît à une époque assez avancée de cette maladie, et qui appartient à la classe des accidents tertiaires. Cependant, comme dans quelques cas elle paraît appartenir à la classe des accidents de transition, je la rangerai volontiers à côté du testicule syphilitique, qui, comme on le sait, peut apparaître très-tardivement, et d'autres fois se manifester pendant le cours des accidents secondaires (1). »

Malgré le grand cas que je fais de l'opinion d'un observateur aussi habile que M. Notta, je persiste à penser que l'affection bicipitale se rencontre plus fréquemment dans les premières que dans les dernières phases de la syphilis.

(1) *Mémoire sur la rétraction musculaire syphilitique. Archives de médecine* de 1850, décembre, p. 424.

III

L'intensité de la maladie constitutionnelle ne semble avoir qu'une influence médiocre sur son apparition. Sans doute on l'a vue coïncider avec des syphilides ulcéreuses, comme dans ma première observation, ou même avec des lésions plus profondes, par exemple avec des gommes et des périostoses, etc.; mais plus souvent encore elle survient dans le cours régulier d'une syphilis légère ou d'une syphilis de moyenne intensité. Dans mes neuf observations, la syphilis était ulcéreuse et grave une fois; légère et très-ordinaire, cinq fois; moyenne, comme force, trois fois.

La forme de la syphilis joue un rôle étiologique plus considérable que son intensité. Parmi les coïncidences pathologiques de l'affection bicipitale, je vous ai montré, en effet, que les plus communes étaient incontestablement les algies variées qui se promènent dans diverses parties du corps, mais qui s'emparent, avec une préférence marquée, des nerfs, des tissus fibreux et des masses musculaires. Je vous ai même donné un aperçu de cette forme de la syphilis que j'appelle *névropathique*, à cause de la multiplicité des déterminations qui se font sur le système nerveux périphérique. On pourrait peut-être la caractériser plus exactement encore par l'épithète composée de *myo-névropathique*, car le système musculaire paraît aussi atteint que les nerfs. Ajoutons que cette forme se complique quelquefois d'un autre élément morbide qui a toutes les apparences d'une manifestation rhumatismale ou goutteuse, puisque ce sont les articulations qui deviennent le siége de la détermination. Et pourtant, chez les malades qui m'ont fourni le type le plus complet de la forme myo-névropathique de la syphilis, avec cette teinte plus ou moins accusée d'arthritisme, je n'ai presque jamais découvert d'antécédents de rhumatisme,

soit chez l'individu lui-même, soit dans sa famille. Mais la syphilis est bien capable de remuer assez profondément l'organisme pour faire sortir de son sein et germer les semences d'un vice constitutionnel qui, sans son intervention, n'aurait jamais atteint le degré de vie nécessaire à la spontanéité morbide.

IV

Quant aux autres coïncidences pathologiques, je n'en vois aucune avec laquelle l'affection syphilitique du biceps ait quelque affinité particulière. Je l'ai rencontrée dans les formes sèches plutôt que dans les formes ulcéreuses des syphilides. Une seule fois j'ai noté la coexistence d'une périostose précoce du front. Jamais je ne l'ai observée dans la syphilis viscérale. J'ai recueilli et publié un grand nombre d'affections syphilitiques du système nerveux central, survenues pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle, c'est-à-dire à l'époque la plus opportune, selon moi, pour l'affection bicipitale. Eh bien, je ne l'ai notée dans aucun cas. C'est là une circonstance digne d'être remarquée. N'indique-t-elle pas, en effet, l'absence de toute intervention des centres nerveux dans la pathogénie de cet état morbide? Je reviendrai sur ce point; mais d'avance, soyez assurés que ni le cerveau, ni la moelle n'en sont responsables. La lésion et le trouble fonctionnel ont leur siége et leur point de départ dans les fibres musculaires ou dans les filets nerveux qui les animent, peut-être dans tous les deux; mais toujours est-il que l'influence syphilitique s'exerce, en pareil cas, sur la périphérie des nerfs et sur certains groupes de muscles, et qu'elle ne provient point des centres. Elle n'y aboutit pas non plus; je me crois autorisé à le dire, n'ayant pas encore vu d'encéphalopathie ou de myélopathie survenir chez les individus

atteints de l'affection bicipitale et ne l'ayant pas trouvée non plus parmi les antécédents de la syphilose cérébro-spinale.

V

Je serais fort empêché de vous parler des causes occasionnelles ; il m'a été impossible, malgré mes recherches, d'en découvrir chez mes malades une seule dont on dût tenir compte. Je ne vous dirai rien non plus de l'âge, du sexe, du tempérament, des causes hygiéniques et de toutes les autres conditions étiologiques communes. Je ne crois pas qu'elles prennent une part bien active au développement de l'affection bicipitale.

Je n'en dirai pas autant des circonstances physiologiques. C'est un point qui a été étudié avec beaucoup de perspicacité par M. le Dr Notta, et il y avait d'autant plus de mérite à le faire que personne ne s'en était occupé avant lui. « D'après les faits observés jusqu'à ce jour, écrivait ce médecin en 1850, on peut dire que ce sont toujours les fléchisseurs qui sont atteints de rétraction syphilitique. Est-ce parce qu'ils déploient une énergie de contraction plus fréquemment répétée et bien supérieure à celle des extenseurs, ou bien est-ce parce que l'antagonisme des extenseurs n'est pas assez puissant pour s'opposer à leur raccourcissement? Enfin, si les extenseurs n'en sont jamais atteints, car je n'en ai pas rencontré une seule observation bien probante, est-ce parce qu'ils sont dans des conditions diamétralement opposées à celles que nous venons d'indiquer pour les fléchisseurs ? Quoi qu'il en soit, on est en droit de penser qu'il y a là, pour ces derniers, une cause prédisposante de rétraction.

« Dans tous les cas que nous avons observés, la maladie

ayant son siége à un des membres thoraciques, nous avons dû nous demander si l'usage plus fréquemment répété de ce membre avait pu favoriser le développement de l'affection. Sur cinq de nos malades qui étaient droitiers, la rétraction existait trois fois au bras droit, deux fois au bras gauche; un seul était gaucher, et elle s'était développée au bras gauche : ainsi, sur six malades, quatre fois la maladie a envahi les muscles du membre qui agissait le plus souvent. Ce résultat tendrait à nous faire croire que la contraction fréquemment répétée d'un muscle peut être une cause prédisposante de la rétraction syphilitique; cependant nous ferons nos réserves en attendant que de nouveaux faits viennent juger définitivement cette question (1). »

Je confesse que j'ai eu le tort de ne pas m'informer si mes malades étaient droitiers ou gauchers. Mais l'affection s'est montrée avec une prédominance marquée du côté gauche : six fois sur neuf cas. Dans les trois autres, elle siégeait à droite ou des deux côtés. Je suis donc forcé de m'abstenir à ce sujet de toute conclusion. Quant à la prédilection de cet état morbide pour les fléchisseurs, elle est incontestable. Il ne faudrait pas croire pourtant que les extenseurs ne soient jamais atteints. J'ai eu soin de vous faire remarquer, dans plusieurs de mes observations, que le triceps brachial en particulier souffrait de la même façon que le biceps et présentait les mêmes phénomènes que l'affection biceptale, mais en sens inverse ; c'est-à-dire qu'il mettait un obstacle à la flexion complète qui, à un certain degré, était entravée, douloureuse et même impossible. Quelle que soit l'interprétation qu'on tente pour expliquer ces bizarreries, il faut reconnaître qu'il n'est pas possible, pour le moment, de résoudre ce problème d'une manière satisfaisante.

(1) Notta, *loc. cit.*, p. 422.

Ce qu'on peut affirmer, c'est que le biceps brachial est le véritable lieu d'élection du phénomène. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Alors même que les autres muscles sont touchés, c'est toujours dans une proportion et à un degré incomparablement plus faibles que le biceps. « Chez nos six malades, dit M. Notta, la rétraction avait son siége deux fois dans le biceps brachial seul, deux fois dans le biceps brachial et le long supinateur, une fois dans le biceps brachial et dans les muscles postérieurs de la cuisse, enfin, une fois dans les fléchisseurs des doigts (1). »

SECTION II

Caractères symptomatiques de la myopathie bicipitale. — Flexion forcée de l'avant-bras sur le bras : ses degrés. — De la flexion incomplète. — Myopathie tricipitale. — Ankylose musculaire du coude. — Intégrité de l'articulation.

État du tendon du biceps. — Il n'est le siége d'aucune production morbide apparente. — État du muscle biceps : sa forme, sa consistance, son raccourcissement actif et involontaire.

De l'élément douleur dans la myopathie bicipitale, ses principaux foyers : foyer du pli du coude, foyer péri-olécrânien. Douleur provoquée et fixe. — Douleur dans la myopathie tricipitale : son siége. — Douleur dans le corps du muscle. — Douleurs spontanées, irradiantres, névralgiformes des *myo-névropathis*. — De la continuité et de l'intermittence dans la myopathie bicipitale. — Abscence d'anesthésie cutanée.

Associations pathologiques de la myopathie bicipitale : arthropathies arthralgiques. — Rhumatisme et goutte : arthrites.

Complexité des phénomènes morbides.

(1) *Loc. cit.*, p. 421.

Quelles que soient les causes accessoires et physiologiques qui favorisent l'apparition de cette espèce de myopathie, dans le cours de la syphilis, et sa localisation sur tel muscle ou tel groupe de muscles, toujours est-il qu'elle se présente, à peu de chose près, constamment avec la même physionomie. Je pourrais me dispenser de vous décrire sa symptomatologie, car j'ai eu soin de vous énumérer et de vous analyser chacun des phénomènes morbides dans les longs commentaires dont j'ai fait suivre toutes les observations. Mais il ne sera pas inutile de vous en présenter un tableau d'ensemble et d'envisager l'affection au point de vue de la physiologie pathologique.

I

Prenons-la d'abord dans son plus grand état de simplicité. Le malade, qui a eu ou qui a actuellement des accidents syphilitiques sur la peau et sur les muqueuses, s'aperçoit, comme par hasard, que l'un des deux bras, ou quelquefois, mais rarement, tous les deux à la fois, ne fonctionnent pas comme à l'état normal. Il éprouve de la gêne, de la raideur dans le pli du coude; et, quand il veut étendre complétement l'avant-bras sur le bras, il constate l'impossibilité de ce mouvement dans toute son amplitude. S'il veut l'obtenir de force, il se produit une douleur vive dans le tendon du biceps, qui est rigide et tendu comme une corde au-dessous de la peau. Le trouble physiologique produit par un pareil état est très-faible au début. Il est rare, en effet, que nous ayons besoin d'obtenir, dans l'exercice pratique ou dans les mouvements automatiques de l'avant-bras sur le bras, une extension complète. Même quand nous avons les bras pendants, il existe toujours un petit degré de flexion. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, dans sa première phase, la myopathie bicipitale passe

inaperçue. Peut-être y en a-t-il un nombre assez considérable qui, n'allant pas plus loin, restent ignorées des malades et du médecin.

Mais il est rare qu'elles s'en tiennent là : peu à peu, et presque toujours d'une façon très-lente, très-insidieuse, le mouvement d'extension devient de plus en plus limité. Quoique tous les autres mouvements de l'avant-bras sur le bras aient conservé leur liberté et leur amplitude, celui-là est forcé de se restreindre dans des limites de plus en plus étroites; et, si on veut les lui faire franchir de force, on trouve un obstacle invincible qu'on est tenté de placer dans le tendon du muscle à cause de sa rigidité, de sa tension et de la saillie qu'il fait sous la peau. Le muscle au contraire semble inerte. La douleur alors devient fort vive. Le degré de flexion de l'avant-bras sur le bras est très-variable. J'ai vu des flexions depuis l'angle le plus obtus jusqu'à un angle aigu très-prononcé. M. Notta a eu l'heureuse idée de mesurer l'angle de flexion. Voici le tableau qu'il en a donné dans son mémoire.

Sinus de l'angle obtus formé par l'avant-bras fléchi sur le bras.	Durée de la maladie avant le traitement.
160°	15 jours.
135°	15 —
130°	8 —
90°	22 —

Il est bien évident que, toutes choses égales d'ailleurs, le trouble fonctionnel est en rapport direct avec le degré de la flexion forcée. Dans ce qui leur reste de liberté, les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras s'exécutent régulièrement et presque avec la même énergie qu'auparavant.

Mais il arrive quelquefois que la flexion complète se

trouve empêchée elle aussi, qu'on ne peut l'obtenir que de force ou même pas du tout, et qu'elle provoque, comme l'extension forcée, une douleur dans la région du coude. Seulement cette douleur au lieu de siéger dans le pli du coude occupe plutôt les côtés de l'olécrane surtout l'interne, et la région inférieure du triceps brachial.

Lorsque, par le fait de cette double myopathie du biceps et du triceps, un avant-bras se trouve ainsi condamné à des mouvements très-restreints d'extension et de flexion, il est comme ankylosé. C'est une sorte d'*ankylose musculaire.*

Le mot anhylose peint bien la situation respective des deux segments du membre ; mais je tiens à vous faire remarquer qu'il est absolument impropre, et je vous prie de n'y voir qu'un artifice de langage. Il n'existe en effet dans l'articulation du coude aucune des lésions qui conduisent à l'ankylose. J'ai eu beau l'explorer toujours avec la plus grande attention, je n'ai jamais pu parvenir à trouver, dans aucune de ces parties constituantes, le plus faible indice d'un travail morbide quelconque. J'ai vu des arthropathies syphilitiques du coude et je vous en ai cité un exemple. Là aussi l'extension complète ne pouvait pas être obtenue; mais cet empêchement avait sa cause dans l'inflammation des surfaces articulaires, dans l'hydarthrose, dans la douleur, et sans doute aussi dans la contraction instinctive des muscles et en particulier du biceps, qui se raidissent par action reflexe, pour immobiliser l'article et faire pour ainsi dire l'office d'attelles actives et intelligentes.

Donc, il est bien entendu, et je n'y reviendrai pas, que dans la myopathie dont nous nous occupons, les articulations sont intactes. En est-il de même des bourses synoviales et en particulier de celle du biceps? C'est en elle

que quelques auteurs ont placé la eause de l'affection. Ils pensent que l'inflammation de la bourse synoviale du tendon du biceps peut tout expliquer. D'abord cette inflammation n'a jamais été eonstatée d'une manière positive. Pour ma part je n'en ai jamais découvert la moindre apparence. Et à quels signes la reconnaissent ceux qui lui attribuent gratuitement un si grand rôle? Que, quand elle existe, elle puisse prendre une part aux troubles fonctionnels, c'est possible. Mais ce serait envisager l'affection à un point de vue bien étroit et bien superficiel que de la rattacher exclusivement à cette synovite hypothétique.

II

Le tendon du biceps dans eette myopathie est toujours dur, rigide, saillant, tendu comme une corde entre le muscle et son point d'insertion sur le radius. Il paraît aussi plus court qu'à l'état normal; enfin on le trouve dans le même état que pendant une violente contraction du musele, et e'est le contraste entre cette tension et l'inertie apparente de la fibre musculaire, qui est vraiment curieux. Du reste la région du coude conserve sa physionomie normale : il n'y aucun empâtement dans le tissu cellulaire sous-eutané; la peau glisse avee faeilité sur les parties sous-jaeentes. Le tendon est libre et dégagé de toute adhérence morbide. Il a conservé sa structure normale. Je l'ai palpé dans tous les sens, latéralement, en dessous, en haut, en bas, sans trouver en lui aueun changement matériel, aucun épaississement, aucune nodosité.

Oecupons-nous maintenant de l'état du musele. Je vous ai dit qu'il était flasque et qu'il ne *paraissait* pas contracturé. On ne le trouve pas en effet ramassé sur lui-même, dans toutes ses parties, et d'une façon homogène, comme

lorsqu'on lui fait exécuter une contraction volontaire. On en peut juger, quand un seul côté est affecté, en commandant au bras sain un degré de flexion volontaire semblable au degré de la flexion forcée. Le biceps qui a produit la flexion volontaire et qui la maintient est plus dur et plus gonflé que le muscle malade. Mais il ne faudrait pas croire cependant que le muscle malade soit dans un état de flaccidité absolue. Loin de là. C'est un fait sur lequel j'ai fixé votre attention au sujet de mon premier malade. Vous vous rappelez que le corps du biceps gauche, ramassé sur lui-même, se renflait en une masse presque globuleuse qui est devenue peu à peu piriforme, à mesure que la guérison s'effectuait. Au premier aspect on aurait pu supposer qu'il se trouvait dans un état violent de contracture ; mais sa consistance ne répondait pas à l'idée que suggérait sa forme, et je vous faisais remarquer quen 'ayant pas la flaccidité d'un muscle au repos, il n'offrait pas cependant la fermeté, la dureté du tissu musculaire, en état de contraction volontaire ou involontaire, et qu'il ressemblait à un muscle atteint d'un léger degré de crampe plutôt qu'à un muscle contracturé.

Ainsi, messieurs, suivant que le degré de la flexion forcée est plus ou moins considérable, plus ou moins prononcée aussi est la forme globuleuse du muscle, qui indique dans une certaine mesure et d'une certaine façon le *raccourcissement actif* des fibres musculaires.

Si on palpe le muscle ainsi revenu sur lui-même, on ne constate dans son épaisseur ou à sa surface aucune induration étalée et diffuse ou circonscrite sous forme de tumeur. Les doigts sentent partout la consistance propre au tissu musculaire, dans un état de demi-contraction. Cette consistance varie : elle devient plus grande si le muscle se contracte pour obtenir une flexion plus prononcée ; elle augmente aussi, mais peu, si on veut forcer l'extension.

L'obstacle à l'extension complète paraît tenir à un raccourcissement réel des fibres musculaires, contre lequel l'intervention de la volonté est tout à fait impuissant.

III

Jusqu'à présent, je ne vous ai pas parlé de la douleur; elle occupe cependant une place importante dans la symptomatologie de la myopathie du biceps et des myopathies analogues. J'ai cherché à en fixer le siége d'une manière aussi précise que possible, et voici ce que j'ai constaté : Un de ses principaux foyers est placé dans le pli du coude, sur le trajet du tendon, habituellement à son côté interne, et plus près de l'insertion des fibres musculaires que du radius. Dans le membre inférieur un foyer qui se rapproche beaucoup de celui du tendon du biceps par son siége et le caractère de la douleur, c'est celui qui occupe le tiers inférieur du creux poplité et l'extrémité supérieure des gastro-cnémiens.

Pendant l'immobilité des membres atteints, la douleur ne se fait pas sentir. Sauf dans les variétés névralgiformes de l'affection, elle n'est presque jamais spontanée; elle ne se manifeste que lorsqu'on veut obtenir l'extension par force. C'est alors qu'elle atteint sa plus grande intensité. On peut la susciter aussi, mais pas toujours, ni surtout au même degré, en exerçant une pression plus ou moins vive sur le tendon, sur ses côtés, ou au point d'implantation des fibres musculaires du biceps, c'est-à-dire tout à fait à la partie inférieure de son corps charnu. Je n'ai pas remarqué que la douleur fût plus vive au niveau de la bourse synoviale du tendon; et, comme d'autre part je n'ai pas constaté en ce point de tuméfaction ni de rénitence, je suis en droit d'en conclure que, dans aucune de mes observations, il n'existait de synovite.

Voilà quel est le principal lieu d'élection de la douleur dans les cas simples, dans ceux où il n'existe pas d'irradiations névralgiformes. Un autre foyer important c'est celui que j'appellerai péri-olécranien, parce qu'il est situé au pourtour de l'olécrane; mais là encore il se concentre plus spécialement entre l'épitrochlée et l'olécrane et dans la partie la plus inférieure de la masse du triceps. Il accuse l'état maladif de ce dernier muscle. On l'observe en effet, lorsque la *flexion complète* de l'avant-bras sur le bras ne peut pas être obtenue volontairement ou par force. Il constitue donc un symptôme de la myopathie tricipitale. Il présente les mêmes caractères et il a la même signification que la douleur du pli du coude et de la partie inférieur du biceps dans la myopathie bicipitale.

Avant d'aller plus loin, je tiens à vous rapporter les remarques de M. le Dr Notta, sur la douleur dans l'affection syphilitique du biceps.

« Dans nos observations, dit cet excellent observateur, le muscle contracté, entrant en contraction et par conséquent fléchissant le membre, il n'y avait aucune douleur sur le trajet du muscle, ni au niveau de ses insertions, même lorsque le malade soulevait un poids considérable; dans un cas seulement, il y avait une très-légère douleur au niveau de l'insertion radiale du biceps. — Si au contraire, en disant au malade de laisser aller son membre, et de relâcher complétement le muscle rétracté, on cherchait à l'étendre au delà des limites permises par la rétraction, on déterminait une douleur vive, non pas dans le corps charnu, mais seulement au niveau de l'insertion inférieure du muscle, dans quatre cas; dans le cinquième, la douleur se développait au niveau de ses deux insertions; enfin dans le sixième, on ne causait aucune douleur. Il est impossible de se rendre compte de l'apparition de cette

douleur au niveau des insertions tendineuses dans l'extension forcée, tandis qu'elle n'existe pas lorsque le muscle est fortement contracté et lutte contre une puissance qui tend à l'allonger. Dans les deux cas, il y a tension de l'extrémité tendineuse, et cependant le résultat est bien différent. Remarquons bien que nous n'avons pas affaire à un fait exceptionnel ; car il s'est rencontré dans toutes nos observations, moins une : aussi ne peut-on pas se demander s'il n'est pas particulier à la rétraction syphilitique » (1) ?

Je m'associe entièrement aux réflexions si judicieuses de M. le D[r] Notta. Ces derniers phénomènes, je les ai observés comme lui, et, comme lui, je suis dans l'impossibilité de les expliquer.

Que le muscle atteint de cette myopathie spécifique soit dans l'état de relâchement ou de contraction, il est habituellement indolent. Quelquefois les malades y ressentent de la fatigue, de la courbature, quelque chose de semblable à des crampes sourdes ; et ces sensations vagues, continues ou intermittentes s'exaspèrent souvent au milieu de la nuit. Elles prouvent que la sensibilité, comme la contractilité musculaire, est touchée spécifiquement et que l'affection n'est pas limitée aux seuls éléments tendineux du muscle. Quand ces douleurs ne sont pas spontanées, il y a des cas où on peut les faire naître en pressant le corps du muscle ou mieux encore ses extrémités qui sont plus sensibles, surtout l'inférieure. On dirait même que sur certains points la sensibilité morbide est plus développée que sur d'autres, et il m'a semblé qu'à ce niveau la consistance du muscle était plus ferme, tout en restant homogène dans son ensemble, et sans présenter les indurations diffuses et les nodosités gommeuses circonscrites qu'on observe dans les autres espèces de myopathies syphilitiques.

(1) Notta, *loc. cit.*, p. 427

III

Après vous avoir décrit les douleurs tendineuses et musculaires qui font pour ainsi dire partie essentielle de la myopathie bicipitale, que nous prenons toujours comme type, parce qu'elle est l'expression la plus complète de cette affection musculaire, il me reste à vous parler des douleurs irradiantes ou névralgiformes qui se développent çà et là dans les segments des membres inférieurs et supérieurs, surtout dans ces derniers. Elles sont tellement accusées dans quelques cas qu'elles impriment un caractère complexe à l'état morbide, lequel mérite alors la dénomination que je lui ai donnée de myo-névropathie. Les sujets qui en sont atteints présentent à un degré plus ou moins élevé les symptômes de la syphilis névropathique dont je vous ai déjà tracé une esquisse. Chez les hommes la périphérie du système nerveux de la vie de relation est habituellement la seule qui soit affectée. Mais chez les femmes, et en général chez les sujets prédisposés par leur constitution, leur tempérament ou les conditions constitutionnelles ou transitoires de leur santé, aux maux de nerfs, les souffrances ne restent pas circonscrites à la superficie du corps; elles pénètrent plus profondément, atteignent le système nerveux de la vie végétative et donnent lieu à des névropathies plus ou moins graves des principaux viscères.

Je ne vous parlerai que des douleurs qui se rattachent aux myopathies et se combinent avec elles dans les proportions les plus variables. Ce sont par ordre de fréquence des douleurs vagues, sourdes ou crampoïes dans les muscles, se détachant sous forme paroxysptique sur un fond continu et permanent de courbature et de lassitude musculaires. Plus tard ou en même temps se produisent de véritables douleurs névralgiques, irradiantes, à direction-

incertaine, mais toujours d'un long jet, qui se promènent sur différents nerfs des membres et se localisent quelquefois sur un seul. Dans ce dernier cas, la névralgie se fixe; elle a des caractères tranchés et on peut la suivre sur le nerf qu'elle a envahi. Les plus communes, parmi celles que j'ai observées en même temps que la myopathie bicipitale ou celle des autres muscles, ce sont les névralgies axillaire et cubitale, plus rarement les névralgies crurale et sciatique. Elles surviennent d'ordinaire, ainsi que les douleurs musculaires erratiques, quelque temps avant l'affection bicipitale, de telle sorte que celle-ci semble en être une conséquence. Il n'est pas douteux que, si elle n'en provient pas directement, elle procède de l'influence pathologique qui domine en ce moment sous la forme névropathique que je viens de vous décrire, et se détermine çà et là sur les diverses régions du système nerveux périphérique.

Je n'ai pas besoin de vous dire que ces manifestations douloureuses sont toujours spontanées. Quant à la myopathie bicipitale ou autre, qui survient comme épiphénomène, elle ne diffère point de celle qui est essentielle ou non précédée ni accompagnée de douleurs irradiantes. Pourtant c'est dans ces myo-névropathies que j'ai constaté une certaine intermittence dans l'état de contracture spéciale du muscle biceps. Presque toujours l'affection bicipitale est continue depuis son début jusqu'à sa terminaison : elle croît lentement, reste stationnaire plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois, puis diminue insensiblement. Il n'en est pas ainsi dans les myo-névropathies dont je vous parle ; il m'a semblé qu'elles suivaient un processus d'une allure moins régulière, qui présentait des aggravations ou des rémittences, un peu semblables aux alternatives qu'on observe dans les contractures purement nerveuses et qui n'ont aucune teinte de spécificité. Les observations V et VI offrent des exemples frappants de

ces intermittences. Je vous ai fait remarquer qu'il fallait voir dans cette particularité l'indice d'une perturbation dynamique (1).

IV

Les troubles de la sensibilité dans les myopathies syphilitiques, dont celle du biceps est le type, se réduisent toujours à des phénomènes douloureux spontanés ou provoqués, fixes ou irradiants. Alors même qu'elles se compliquent de névropathies disséminées sur les extrémités du système nerveux, la peau n'est pas atteinte; elle conserve tous ses modes de sensibilité. L'anesthésie ne fait point partie de la symptomatologie syphilitique. Sans doute on peut la rencontrer chez la femme, mais jamais chez l'homme. Aussi est-il tout naturel de la rattacher à l'hystérie plutôt qu'à la syphilis.

(1) Pour compléter ce qui est relatif au phénomène Douleur, dans la myopathie bicipitale, j'emprunte encore les lignes suivantes au mémoire de M. Netta :

« Dans aucun cas, la pression n'a éveillé de douleur au niveau du corps charnu du muscle; mais il n'en est pas de même des extrémités tendineuses, qui quatre fois ont été douloureuses à la pression, au point même de leur insertion; dans le cinquième cas, il y avait de la douleur sur le tendon du biceps, dans une étendue de 2 centimètres au milieu de l'intervalle qui sépare l'insertion radiale des fibres charnues; enfin, lorsque le muscle s'insère à l'os par des fibres charnues, comme le long supinateur, il peut y avoir de la douleur à la pression au point précis de cette insertion; c'est ce que nous avons constaté dans deux cas où la rétraction de ce muscle existait avec celle du biceps. Cette douleur à la pression existait tantôt au niveau des deux extrémités du muscle; d'autres fois on ne la développait qu'à une seule de ses insertions; elle a manqué dans un seul cas, et c'était chez le malade chez lequel il n'y avait pas de douleur dans l'extension forcée. Malgré cette exception, la douleur à la pression, au niveau des insertions du muscle, paraît constituer un symptôme important. » (Netta, *loc. cit.*, p. 427-428.)

Parmi les coïncidences ou plutôt les associations pathologiques de la myopathie syphilitique, les arthropathies occupent une grande place. Au premier abord on serait même tenté de croire que dans l'articulation du coude siége la principale lésion; que ses ligaments antérieurs sont devenus trop courts; que l'olécrane s'est tuméfiée et ne peut plus se loger dans sa cavité ; ou bien, dans les formes douloureuses, que l'inflammation sèche de la synoviale suscite par action réflexe la contracture musculaire destinée à empêcher l'amplitude extrême des mouvements de l'avant-bras sur le bras. Et cependant il n'en est rien. Maintes fois je me suis assuré, par les explorations les plus minutieuses, que toutes les parties constituantes de l'articulation du coude étaient parfaitement intactes. Il en était de même de celles du genou, quand les fléchisseurs ou les extenseurs de la jambe sur la cuisse étaient atteints de la myopathie semblable à celle du biceps. Ainsi donc il est bien établi que les arthropathies ne prennent aucune part directe active et primitive dans la pathogénie des phénomènes. Lorsque les articulations sont malades, les muscles qui les font mouvoir se mettent quelquefois dans un état de contracture réflexe. Mais cette contracture ne ressemble point à la contracture syphilitique : elle embrasse un groupe plus considérable de muscles; elle leur laisse moins de jeu; elle ne leur permet pas d'agir, dans un sens, comme à l'état normal, et ne les arrête pas à certaines limites, dans un sens opposé, etc.

Mais si les articulations ne sont pas en général matériellement malades, elles deviennent quelquefois douloureuses. Les arthralgies doivent être notées parmi les phénomènes douloureux qui coïncident avec l'affection bicipitale. On dirait que l'organisme se trouve alors sous une double influence morbide syphilitique et rhumatismale ou goutteuse, qui combine ses effets dans des proportions

variables et attaque simultanément les muscles, les nerfs et les jointures. J'ai vu l'affection articulaire aller au delà d'une simple arthralgie : il se produit alors une véritable arthrite. Cette arthrite siégeait une fois dans les deux gros orteils, si bien qu'on eût pu croire que la syphilis avait suscité chez le malade une véritable attaque de goutte.

Vous voyez, messieurs, que dans les affections les plus simples et les plus circonscrites en apparence, on découvre, quand on cherche à aller au fond des choses, une multiplicité d'éléments morbides dont il est difficile de déterminer la signification. Il serait plus commode, au point de vue descriptif, de les élaguer et de ne vous montrer que la myopathie bicipitale dégagée de tout ce qui peut compliquer et obscurcir son histoire. Elle est déjà bien obscure par elle-même! Mais je vous ai dit souvent et je vous le répète aujourd'hui, que la nature est essentiellement complexe dans ses opérations, même les plus minimes ; que chacun de ses actes, se rattachant par des liens infinis, visibles ou invisibles à tous les autres, et puisant comme eux son principe dans les forces générales qui constituent la vie organique, il en résultait toujours un enchevêtrement d'action et de réaction dont la sphère grandit suivant le rôle que jouent l'organe et la fonction. Aussi la science de la vie physiologique et surtout celle de la vie morbide est-elle une des plus difficiles et des plus impénétrables. Il n'y a pas de petites choses en médecine : l'affection la plus circonscrite, la plus insignifiante, la plus bénigne doit être observée, retournée dans tous les sens, étudiée sous toutes ses faces avec le même soin et la même scrupuleuse attention que les fièvres ou les graves maladies des viscères. C'est parce que je suis convaincu de la nécessité d'une pareille méthode, que je ne crains pas de vous paraître trop minutieux en poursuivant aussi loin que

je le puis, et avec toutes les ressources de l'analyse dont nous disposons, des sujets d'étude qui étaient restés ignorés jusqu'à présent, ou qu'on n'avait fait qu'entraver.

SECTION III

Considérations sur le processus. — Durée, terminaison. — Guérison spontanée, au bout de plusieurs mois, de la myopathie bicipitale. — Influence du traitement. — L'atrophie est la paralysie du muscle ne sont pas la conséquence de cette myopathie.

Diagnostic : spécificité de l'affection dans ses causes et ses symptômes. — Contractures réflexes symptomatiques des athropathies. — Diagnostic différentiel.

Valeur pronostique de la myopathie bicipitale : au point de vue de la santé générale, de la nutrition du muscle, de la maladie constitutionnelle. — Son caractère résolutif. Doutes sur l'existence de la contracture syphilitique interne.

Traitement. Médication mixte : — Action préventive et action curative de l'iodure du potassium et du mercure.

I

Sur la durée et sur la terminaison, je n'aurai pas beaucoup à m'étendre. Je vous ai déjà dit que le processus s'effectuait sourdement et avec une grande lenteur. Il ne faut pas vous attendre à obtenir une guérison rapide. Si l'affection est abandonnée à elle-même, il est rare qu'elle ne se prolonge pas plusieurs mois. On a même vu des cas où elle a duré plusieurs années. Mon observation personnelle ne m'a rien montré de pareil. Tous mes malades ont guéri au bout de quelques mois. Mais il paraît qu'il n'en est pas toujours ainsi. « Dans le cas de rétraction des fléchisseurs

des deux derniers doigts de la main, dit M. Notta (1), le raccourcissement du muscle n'ayant pas été enrayé par le traitement, amena une flexion complète de ces doigts, et, quoique l'affection datât de quatre ans, le corps charnu du muscle ne présentait aucune modification, du moins appréciable au toucher et à la vue. Le corps charnu du muscle était également sain sous tous les rapports, dans un cas dans lequel la maladie durait depuis trois ans et demi, et dans un autre cas qui datait de huit mois; de telle sorte que nous pouvons conclure que la rétraction syphilitique que nous décrivons ici n'a pas de tendance à paralyser et à atrophier les muscles qu'elle affecte. En est-il toujours ainsi? C'est ce que nous ne saurions dire, nous nous bornerons ici à donner le résultat de nos observations. »

Il est rare que la myopathie bicipitale ait une durée aussi longue que dans les deux faits rapportés par M. Notta. Même si on ne la traite pas, elle finit par disparaître spontanément, mais après être restée très-longtemps stationnaire ou avec des oscillations insignifiantes; et, quand elle décroît, ce n'est que peu à peu et presque insensiblement que s'agrandit l'angle de l'avant-bras sur le bras.

La terminaison est donc en général favorable. Je ne crois pas qu'il y ait jamais à craindre une infirmité consécutive incurable. Dans les cas les plus rebelles, les plus longs, nous avons le traitement auquel l'affection ne résiste pas, bien qu'on n'arrive pas toujours à la faire disparaître avec la même rapidité que certains accidents syphilitiques contemporains.

II

La question du diagnostic ne présente aucune difficulté.

(1) *Loc. cit.*, p. 430.

Lorsqu'on voit survenir peu à peu, sans cause occasionnelle, en dehors de toute affection rhumatismale, de toute maladie antérieure ou actuelle du système nerveux, une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, il faut la rattacher à la syphilis. Je vous le répète, il n'existe aucune influence étiologique locale ou générale, autre que la maladie constitutionnelle, qui donne lieu à la singulière myopathie dont nous nous occupons. La détermination exclusive ou prédominante sur le muscle biceps est un élément de diagnostic qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit. Que les autres muscles fléchisseurs ou extenseurs soient aussi touchés en même temps, peu importe. Mais si le biceps n'était pas atteint, et si les symptômes de la myopathie se montraient dans un ou plusieurs muscles qui n'en sont pas habituellement affectés, il serait difficile de se prononcer sur sa nature, à moins qu'elle ne coïncidât avec une poussée d'accidents syphilitiques cutanés, muqueux ou autres, et qu'en dehors de la syphilis il fût impossible de découvrir une autre cause.

M. Notta a observé, dans le service de Nélaton, une rétraction des péroniers latéraux; comme elle s'était produite graduellement, et que son processus était chronique, elle offrait quelque ressemblance avec la myopathie syphilitique. Mais, outre l'absence d'antécédents spécifiques, la douleur à la pression sur tout le trajet du muscle, et l'intensité variable de la rétraction qui augmentait quand le malade marchait et disparaissait presque sous l'influence du repos, parurent à M. Notta des raisons suffisantes pour exclure de son étiologie l'intervention de la maladie constitutionnelle. Je crois toutefois que l'indolence de tout le corps charnu du muscle à la pression n'est pas aussi absolue que le pense ce médecin; et que, de plus, dans certaines variétés de myo-névropathies syphilitiques, dont je vous ai donné des exemples, il se présente parfois des alternatives de rac-

courcissement et d'allongement. La douleur à la pression sur le trajet des fibres tendineuses et à leur point d'insertion est un symptôme d'une grande valeur. Enfin, il y a dans la physionomie de cette affection quelque chose de si particulier, de si spécifique, qu'on ne peut l'oublier après l'avoir constaté.

Il importe toujours de s'assurer, par toutes sortes d'explorations minutieuses et répétées, que les articulations sont intactes, ainsi que les gaînes ou les bourses synoviales. Du moment qu'on a constaté leur intégrité, il est clair que la myopathie ne rentre pas dans la catégorie des contractures réflexes qui peuvent se produire instinctivement autour des jointures pour les immobiliser. Elle a donc pour siége le muscle, ses attaches tendineuses ou ses nerfs (1).

(1) Voici quels sont les arguments de M. Notta pour réfuter les objections de ceux qui rattachent les myopathies du biceps et des autres muscles à une contracture réflexe suscitée par les arthropathies syphilitiques, etc.

« 1° La douleur dans l'extension forcée était très-nettement limitée aux insertions tendineuses des muscles, et n'existait nullement sur la capsule articulaire : dans un cas même, il n'y avait aucune douleur dans l'extension forcée, au niveau de l'insertion musculaire, ni au niveau de l'articulation.

« 2° Tous les mouvements permis par le raccourcissement du muscle étaient indolents, et l'articulation dans tous les cas était parfaitement saine.

« 3° Lorsque l'on cherchait à étendre le membre, en recommandant au malade de relâcher ses muscles, le muscle rétracté ne se contractait pas, et il était facile de voir que son défaut de longueur seul limitait le mouvement.

« 4° Les douleurs des articulations, limitées surtout à leur partie antérieure, ne se rencontrent généralement que dans la période secondaire. Or, chez trois de nos malades, la rétraction s'est manifestée pendant la période tertiaire, et, chez les trois autres, à une époque avancée de la période secondaire.

« 5° Si la contraction du muscle eût été due à la douleur articulaire,

III

Le pronostic de cette affection ne présente aucune gravité, si on l'envisage au point de vue de la santé générale. La myopathie bicipitale n'est point en effet l'indice d'une de ces syphilis graves ou malignes qui perturbent profondément les grandes fonctions et jettent les malades dans un état cachectique. Les troubles fonctionnels qu'elle entraîne sont simplement incommodes, et n'altèrent en rien la nutrition. Quoiqu'elle ait de la tendance à se perpétuer indéfiniment, elle guérit cependant d'elle-même, comme beaucoup d'autres manifestations syphilitiques, et, à plus forte raison, lorsqu'on la soumet au traitement spécifique qui lui convient. Quelle que soit sa durée, elle n'altère point la structure du muscle, ni celle de son tendon. Peut-elle devenir permanente, atrophier le muscle, entraîner sa dégénérescence graisseuse ou fibreuse, raccourcir ou ossifier son tendon? J'ai la conviction que la myopathie dont je vous parle n'entraîne aucune de ces conséquences extrêmes, qu'on observe dans d'autres myopathies plus graves dont je vous parlerai plus tard. Elle est essentiellement résolutive comme les hypérémies et les inflammations sous-cutanées, muqueuses, périostiques ou osseuses de la première phase de la syphilis.

Reste-t-elle toujours limitée aux muscles des membres, aux muscles de la vie de relation? Ne pourrait-elle pas envahir les muscles internes et y déterminer des contrac-

elle eût été variable, c'est-à-dire qu'elle n'eût pas donné lieu à un raccourcissement du muscle qui était constamment le même; enfin, dans plusieurs observations, la douleur au niveau des insertions tendineuses existait encore avec une grande intensité, lorsque la rétraction avait disparu sous l'influence du traitement. » (*Loc. cit.*, p. 438.

tures funestes? Et bien, je ne le pense pas. Pour ma part je n'en ai jamais observé aucun cas. J'ai lu une observation fort intéressante que Deville a publiée en 1845 dans les *Bulletins de la Société anatomique* et qu'il a intitulée *Tétanos syphilitique chronique* (1). Un nombre assez considérable de muscles avaient été envahis par la contracture, même les muscles du pharynx que l'on ne pouvait franchir avec une sonde œsophagienne. Je doute beaucoup que cette affection fût syphilitique. Je ne vois là qu'un cas de névrose tétaniforme généralisée, où la syphilis, si tant qu'elle soit intervenue, n'a joué qu'un rôle fort effacé. Et d'ailleurs ce spasme œsophagien, fût-il syphilitique, est tellement exceptionnel, qu'il est presque inutile de s'en préoccuper dans la question du pronostic.

On a parlé aussi des rétractions permanentes du sphincter de l'anus; elles existent, mais avec d'autres lésions de la muqueuse anale ou rectale, telles que plaques muqueuses, fissures, rhagades, etc., qui es suscitent par

(1) Voici un résumé de l'observation recueillie par Deville, qu'il a intitulée : *Tétanos syphilitique.*

« Angine syphilitique accompagnée de divers symptômes, tels que des rétractions et des paralysies musculaires produisant un torticolis, la dysphagie, et une asphyxie terminée par la mort. — Femme âgée de 27 ans, cachectique. Dyspnée extrême. Torticolis inclinant la tête vers la clavicule droite. — Côtes abaissées, retirées en bas et en arrière, comme dans une expiration forcée, immobiles, même dans les plus grandes inspirations. — Respiration diaphragmatique.

« Trismus. Impossibilité d'avaler et d'introduire la sonde æsophagienne, mort.

« Autopsie : rien dans les centres nerveux. Vingtaine d'ulcérations pharyngées de 1 cent. de diamètre, profondes, déchiquetées. Extension des muscles masséters, pharyngiens, œsophagiens, etc. La contracture pharyngienne agissait sur le larynx pour le rétrécir. Paralysie des intercostaux. » (*Bulletins de la Société anatomique*, 1845, p. 276.)

N'est-il pas permis d'élever des doutes sur la nature syphilitique d'une pareille affection ?

action reflexe ; ou bien elle sont produites par des infiltrations gommeuses, etc. Elles diffèrent donc complétement de l'affection bicipitale et appartiennent à une autre classe de myopathies syphilitiques.

IV

Le traitement spécifique exerce une action marquée quoique lente sur le biceps et les autres muscles touchés par la syphilis. Sous son influence, j'ai vu des myopathies qui depuis longtemps étaient stationnaires, diminuer peu à peu et disparaître en un temps beaucoup plus court assurément qu'elles ne l'auraient fait, si on les eût abandonnées à leur marche naturelle. J'emploie toujours une médication mixte; elle m'a semblé beaucoup plus efficace que le mercure et l'iodure administrés séparément. Lequel des deux est le plus efficace? Je ne saurais vous le dire avec certitude. Cependant l'iodure me paraît avoir une action plus prompte et plus apparente que l'hydrargyre, il fait disparaître rapidement les douleurs. Quant à son action résolutive, elle doit être au moins égale sinon supérieure à celle du mercure.

Dans aucun de mes cas je n'ai eu besoin de recourir à une médication topique. M. Notta s'est bien trouvé de faire appliquer des vésicatoires *loco dolenti*. Je pense que c'est inutile. L'iodure à hautes doses suffit presque toujours. On pourrait recourir aux onctions calmantes, aux frictions, aux malaxations qui m'ont semblé quelquefois diminuer la contracture du muscle.

Si l'iodure et le mercure guérissent ou facilitent la guérison, ils ne préviennent pas la myopathie. Je l'ai vue survenir chez des individus qui, comme mon premier malade, avaient été traités très-énergiquement, jusqu'à salivation,

à plusieurs reprises, ou qui étaient encore soumis à l'ingestion des deux spécifiques.

SECTION IV

Considérations pathogéniques sur la myopathie syphilitique du biceps. Nécessité d'une analyse microscopique de la fibre musculaire.

État de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires : leur diminution dans la myopathie bicipitale. Cette diminution est inégalement répartie dans la masse du muscle.

Contracture spéciale du tissu musculaire sous l'influence de la syphilis. Cette contracture constitue essentiellement l'affection. Inertie du tendon. — Inégale répartition de la contracture dans le muscle.

État des nerfs. — Nature de l'action syphilitique qui se détermine sur les muscles : elle est hypérémique et résolutive. — S'établit-elle aussi sur les fibres nerveuses du muscle ?

Généralisation de l'affection. Son affinité inexplicable pour le biceps.

I

Après vous avoir exposé et analysé les faits, après vous avoir donné une description aussi complète qu'il m'a été possible de l'affection syphilitique du biceps et des myopathies analogues, il ne me reste plus qu'à vous dire quelques mots des hypothèses physio-pathologiques qu'elle suggère. Ce n'est pas là une tâche facile, et vous avez dû pressentir par tout ce que je vous ai dit déjà que je ne suis arrivé à rien de positif. C'est que l'anatomie pathologique nous fait défaut. Sans elle nous ne pouvons arriver à aucune certi-

tude. Aussi, messieurs, ai-je souvent regretté de n'avoir pas tenté d'analyser microscopiquement les fibres musculaires du biceps chez mon premier malade, qui présentait le type le plus accompli que j'aie vu, de cette myopathie. J'aurais pu plonger dans l'épaisseur du muscle le petit instrument dont se servait Duchesne, et en retirer, sur plusieurs points, une quantité de matière musculaire suffisante pour la soumettre à l'examen microscopique. Aurais-je trouvé les fibres intactes? Ou bien aurais-je constaté en elles un nombre anormal de granulations graisseuses, du boursoufflement, un défaut de netteté dans les striations transversales, les lésions analogues à l'état vitreux décrites par Zenker dans les fièvres graves, de l'atrophie de l'hypertbrophie, des phénomènes d'hypérémie ou de polifération cellulaire irritative dans le sarcolemme, etc., etc.? Je l'ignore. Toujours est-il qu'un résultat même négatif nous aurait fourni un élément qui nous manque pour résoudre le problème. Je sens trop maintenant la nécessité de le posséder, pour ne pas chercher à le découvrir dès qu'une nouvelle occasion se présentera.

Vous vous rappelez que j'ai tâché de me rendre compte des altérations pathologiques du muscle, en interrogeant, au moyen d'excitations, l'état de sa contractilité. Lorsque j'ai employé le procédé très-simple du seul pincement brusque, j'ai constaté que le bourrelet contractile qui en résulte pouvait être provoqué, à droite, sur le biceps sain, aussi souvent qu'on le voulait; tandis que, à gauche, c'est-à-dire sur le biceps malade, il me fut toujours impossible de l'obtenir. A droite, la sensation crampoïdale déterminée dans la masse musculaire par le pincement et la formation du bourrelet se manifestait très-nettement; à gauche au contraire, ce même procédé d'exploration ne faisait naître qu'une vague sensation douloureuse. Ainsi, d'une part, diminution de l'énergie contractile provoquée

par l'excitation, d'une autre part, émoussement de la sensibilité musculaire, tel est le premier résultat que j'ai obtenu par ce genre d'expérimentation.

Mais il était trop élémentaire pour fournir des notions satisfaisantes et j'eus recours à l'électricité. Eh bien, l'exploration électrique n'a fait que confirmer, en les corroborant ces premières notions. Lorsque je fis passer un courant galvanique dans le biceps malade, à l'époque de sa plus grande rétraction, je vis que le muscle ne répondait que très-peu à cette énergique excitation; et non-seulement il restait inerte, mais il ne percevait que faiblement la sensation que provoque dans les muscles le passage du courant galvanique.

Il fut donc bien établi pour moi, que, dans la myopathie syphilitique du biceps, il y avait simultanément :

1° Affaiblissement ou paralysie du pouvoir excito-moteur :

2° Affaiblissement ou paralysie de l'élément sensitif du muscle.

Les lésions de la sensibilité et du mouvement musculaire étaient inégalement réparties dans le biceps. Je les trouvai moins prononcées dans les faisceaux internes que dans les externes. De plus, elles ne persistèrent pas longtemps au même degré. Trois jours après la première exploration, l'excitabilité et la sensibilité électro-musculaires étaient beaucoup moins faibles que lors de la première expérience. Plus tard elles se rapprochèrent de plus en plus de l'état normal, tout en restant, pendant quelques jours, infiniment moins promptes, moins vives que dans le biceps sain.

La myopathie bicipitale était alors dans sa période d'involution et sous l'influence du traitement; l'angle de l'avant-bras sur le bras, s'ouvrait chaque jour de quelques degrés; l'état globuleux du muscle ramassé sur lui-même, sa consistance, son raccourcissement, diminuaient aussi; la tension

du tendon n'était plus aussi rigide, etc. Tous les phénomènes provoqués par l'expérimentation ou appartenant aux symptômes habituels de la myopathie subissaient donc simultanément au même degré, et avec une harmonie parfaite, les mêmes phases, dans leur retour aux conditions de l'état physiologique.

Aussi n'est-il pas douteux pour moi que le muscle est atteint, et que, par le fait de l'influence syphilitique, il se trouve en un *état particulier de contracture* pendant toute la durée de la myopathie. *C'est dans le muscle que je place le siége principal de l'affection.*

III

Mais m'objecterez-vous, le tendon qui est si dur, si rigide, si tendu, et sur lequel se concentrent pour ainsi dire les phénomènes douloureux, qu'en faites-vous? Quel rôle lui assignez-vous ?

Selon moi, messieurs, ce rôle est passif, si rien peut être passif dans les parties vivantes, surtout quand elles sont aussi étroitement unies que le muscle et son tendon. Je ne veux donc pas dire que le tendon bicipital se trouve en dehors de l'influence syphilitique. Il est sans doute malade, quoique rien ne fasse découvrir en lui de lésion bien évidente; mais ce n'est pas lui qui par sa *rétraction est la cause de la flexion forcée.* Cette cause, elle réside en réalité dans le muscle lui-même. Est-ce qu'un tendon rétracté au point de fléchir à angle aigu l'avant-bras sur le bras, conserverait les conditions anatomiques de son état normal. Est-il véritablement raccourci ? S'il l'est (et il paraît l'être), il ne l'est pas beaucoup plus que ne *paraît* l'être aussi le tendon d'un biceps sain pendant la contraction de son muscle. Je persiste donc à penser que la cause active de

la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, c'est l'état de contracture du biceps.

On pourrait encore objecter à cette manière de voir la flaccidité et le peu de dureté du muscle malade. Mais ne vous ai-je pas montré que la consistance du biceps atteint de myopathie, était loin d'être la même que celle du muscle sain, quand il est au repos? Ne vous ai-je pas fait voir qu'il était globuleux ou piriforme, épaissi, raccourci, comme un muscle revenu sur lui-même? Sont-ce là, je vous le demande, les caractères d'un muscle sain, au repos?

J'avoue que ce mode de contraction ne donne pas au biceps la même physionomie que la contraction volontaire portée à peu près au degré qu'exigerait une flexion naturelle semblable à la flexion forcée. Certes, dans l'acte volontaire, il y a une synergie fonctionnelle qui ne peut pas exister dans un acte morbide et involontaire : tous les faisceaux, toutes les fibres musculaires entrent alors en jeu, dans toute l'épaisseur du muscle. Je serais tenté de croire que, dans les muscles syphilitiquement contracturés, tous les faisceaux et toutes les fibres ne sont pas également atteintes; que l'action morbide, quelle qu'elle soit, se dissémine dans leur épaisseur en proportions variables; qu'elle est plus énergique, par exemple, plus intense, plus concentrée sur les extrémités, au niveau de l'insertion des fibres musculaires sur leurs tendons que partout ailleurs, et qu'elle se propage sur ces tendons jusqu'à leurs attaches aux os des membres.

La contracture qui s'est établie ainsi peu à peu et inégalement, sur certains faisceaux, sur quelques parties des faisceaux ou des fibres, peut assurément bien suffire pour maintenir un segment de membre en état de flexion forcée et communiquer aux tendons la rigidité et la tension qu'on observe au plus haut degré lorsque le biceps est

affecté. Et pourtant cette contraction, par son manque *d'homogénéité* et de *concentration voulue*, ne donnera pas complétement au muscle l'aspect qu'il présente dans les contractions volontaires ou dans les affections des centres nerveux et des nerfs du mouvement.

IV

C'est ce qui me porte à croire que les nerfs moteurs des muscles affectés de cette myopathie syphilitique ne sont pas atteints, ou du moins ne le sont pas dans leurs gros faisceaux, mais seulement dans leurs filets terminaux, qui se divisent à l'infini au milieu du muscle, et se distribuent à ses faisceaux. Je pense toutefois que ce sont surtout ces faisceaux et leurs fibres qui sont directement et primitivement touchés par l'action syphilitique.

Et cette action syphilitique, quelle est-elle? Par quel processus organique arrive-t-elle à mettre la fibre musculaire en état de contraction permanente? Je ne puis vous le dire; mais parmi les hypothèses qui se sont présentées à mon esprit, la plus plausible m'a paru la suivante: Il m'a semblé que, dans la période de la syphilis où survient habituellement la myopathie bicipitale, il devait se produire au sein du muscle quelques lésions à évolution lente, insidieuse, etc.,qui, sans ressembler aux éruptions cutanées, aux hypérémies viscérales, etc., n'étaient pas sans analogie avec elles. Il m'a semblé qu'en se plaçant au point de vue de l'existence d'une lésion musculaire qui doit être réelle, quoique nous ne l'ayons pas vue, il était rationnel de la rattacher au *mode hypérémique ou subinflammatoire* qui se manifeste si communément dans toutes les parties de l'organisme pendant les premières périodes de la maladie constitutionnelle, avant et même aussi quelquefois pendant la phase des productions gommeuses. Peut-être le travail morbide s'élève-t-il dans

quelques faisceaux jusqu'à la suffusion plastique; mais, dans tous les cas cette suffusion plastique, si tant est qu'elle existe, est faible, inoffensive et résolutive.

Reste la question de savoir si ce travail morbide s'établit sur le muscle seulement, ou sur les nerfs, ou s'il les englobe tous les deux. On pourrait supposer que, dans les formes névropathiques, les enveloppes fibreuses des nerfs, le névrilemme, les nerfs eux-mêmes sont touchés. Nul doute qu'il n'en soit ainsi lorsqu'il existe de véritables névralgies syphilitiques. Mais je crois que dans les myopathies simples, pour ainsi dire essentielles, et dégagées de tout élément névropathique, l'action morbide se concentre presque exclusivement sur les faisceaux et les fibres musculaires.

Il est tout naturel de se demander pourquoi le muscle biceps est plus mal partagé que les autres, et pourquoi il l'est à ce point que, lui seul, dans un grand nombre de cas, paraît être atteint de cette myopathie si bizarre. Assurément il y a dans cette prédilection du travail syphilitique pour le biceps quelque chose de fort étrange. Mais la syphilis ne nous offre-t-elle pas de nombreux exemples de ces sortes d'affinités qui restent inexplicables? Ne me suis-je pas efforcé, du reste, de vous montrer que cet isolement de l'affection bicipitale était rarement absolu; que presque toujours d'autres muscles étaient atteints, non-seulement aux bras, mais aussi aux membres inférieurs. Cette dissémination du travail syphilitique sur un grand nombre de muscles paraît plus naturelle, moins extraordinaire que sa concentration sur un seul.

Après le biceps viennent, par ordre de fréquence, les autres fléchisseurs des membres supérieurs, puis ceux de la cuisse et de la jambe. C'est donc sur ce groupe de muscles que s'effectue surtout la détermination. Mais les extenseurs n'en sont pas exempts. Je vous ai fait voir que le triceps brachial était attaqué quelquefois, lui aussi, de

cette contracture spéciale, et qu'on ne pouvait expliquer autrement les cas d'affection bicipitale dans lesquels *la flexion forcée était aussi impossible que l'extension forcée.*

Telles sont, messieurs, les réflexions que je désirais vous présenter au sujet d'une classe intéressante et peu connue encore de myopathies syphilitiques. Elles n'avaient été étudiées jusqu'à présent d'une manière approfondie que par M. le Dr Notta. Depuis la publication de son mémoire, elles ont été signalées par plusieurs observateurs. Un de nos plus savants chirurgiens, mon excellent maître, M. le professeur Gosselin, attira l'attention de ses élèves sur la myopathie syphilitique du biceps, dans une conférence clinique faite le 5 décembre 1868 à l'hôpital de la Charité. Je suis heureux de terminer cette leçon par l'extrait qu'il a bien voulu me communiquer :

« Nous avons vu ce matin, au n° 35 de la salle Sainte-Vierge, un homme vigoureux, d'une trentaine d'années, entré dans le service depuis 48 heures. Il souffre depuis six jours au pli du bras droit. Son avant-bras est fléchi à angle droit; le malade ne peut l'étendre volontairement, et vous avez pu constater qu'il nous a été impossible de l'étendre de force. Quand on cherche à produire ce résultat, non-seulement on est arrêté invinciblement, mais l'on provoque une douleur assez vive. Le malade souffre aussi quand on ne le remue pas, et il nous a dit, sans que nous le lui ayons demandé, qu'il souffrait particulièrement pendant les premières heures de la nuit.

« Nous n'avons trouvé dans la région du coude droit ni chaleur, ni rougeur, ni aucun gonflement insolite. Je vous ai fait seulement remarquer que le tendon du biceps formait sous la peau une corde très-tendue et très-dure que les doigts appréciaient encore mieux lorsque l'on essayait d'étendre l'avant-bras. Peut-être le brachial antérieur

est-il tendu également? Mais, à cause de sa situation profonde, je n'ai pu le constater rigoureusement.

« La maladie en présence de laquelle nous nous trouvons est donc une contracture ou contraction permanente du biceps. Mais pourquoi cette contracture? Faut-il l'attribuer à une cause locale ou à une cause générale?

« Comme cet homme exerce la profession de zingueur, qui l'oblige à manier constamment le marteau, et que le mal occupe justement le membre droit, celui qui fatigue le plus, je me demande d'abord si l'on ne pourrait pas attribuer la contracture à une fatigue excessive du biceps. Mais le malade exerce cette profession depuis longtemps sans avoir éprouvé jamais rien de semblable, et il assure qu'il n'a pas, dans ces derniers temps, travaillé plus qu'à l'ordinaire.

« Je cherche ensuite si, comme cela arrive souvent, la contracture n'est pas symptomatique d'une arthrite ou d'une ostéite bien appréciables, mais je ne trouve ni le gonflement, ni la chaleur de l'arthrite subaiguë, et je suis certain que les mouvements légers que je fais communiquer à l'avant-bras n'occasionnent pas de souffrance. C'est à peine si le malade se plaint pendant la flexion; et, s'il se plaint au moment de l'extension, il rapporte sa souffrance au biceps et non pas à la jointure. Je laisse bien entendu de côté la supposition d'une arthrite et d'une ostéite anciennes, puisque la maladie est toute récente.

« Ne pourrait-on pas, cherchant, à défaut de cause locale, une cause générale, dire que cette contracture est l'effet du rhumatisme? Mais le malade nous a assuré qu'il ne s'était exposé à aucun refroidissement, et qu'il n'avait jamais eu de rhumatisme. Il n'a pas non plus actuellement de blennorrhagie qui pourrait nous faire croire à un rhumatisme blennorrhagique insolite.

« Ne serait-ce pas dès lors une contracture syphilitique du

biceps? Je ne saurais pas vous dire au juste quels auteurs ont parlé de cette variété d'accidents syphilitiques. Je crois même n'en avoir lu aucune description. Je sais seulement par tradition et par l'observation de quelques faits que les syphilitiques sont exposés à cette contracture. Cherchons donc si notre malade peut être dans cette catégorie.

« Je vous ai fait constater sur son gland, à gauche, une ulcération assez étendue, indolente, à base manifestement indurée, des ganglions inguinaux gonflés et indolents dans l'aine, quelques taches de roséole sur le ventre. La gorge a été douloureuse, il y a huit ou dix jours, mais ne présente rien aujourd'hui.

« Le chancre existe depuis environ 25 jours. Pour moi, le malade a une syphilis constitutionnelle à la période secondaire et sa contracture est un accident de la fin de cette période, un de ceux que M. Ricord a appelés de transition.

« Si ce diagnostic est exact, vous verrez promptement disparaître la contracture sous l'influence du repos et d'un commencement de traitement mercuriel; et cette guérison sera d'autant plus facile qu'il s'agit ici d'un symptôme fonctionnel, sans lésion appréciable. Il est possible qu'il y ait là-dessous un certain degré de ces périostites superficielles que M. Ricord a appelées douleurs rhumatoïdes. Mais la lésion n'est pas appréciable physiquement. »

— « Le 19 décembre, ajoute le professeur Gosselin, après le repos, les cataplasmes et l'administration de la liqueur de Van Swieten, le malade quittait l'hôpital, complétement débarrassé de sa contracture et de ses douleurs. Sur notre recommandation il a continué le traitement mercuriel chez lui; et, vers la fin de janvier 1869, il est venu nous voir à la consultation et nous a dit qu'il ne s'était plus ressenti de ses douleurs du pli du bras. » (*A suivre.*)

NOTE SUR LE ZONA DU FESSIER INFÉRIEUR OU PETIT SCIATIQUE, par le Dr Perroud, médecin de la Charité, de Lyon.

On sait que le nerf petit sciatique ou fessier inférieur est une des branches collatérales postérieures du plexus sacré. Ce nerf donne des rameaux *musculaires* au grand fessier et des rameaux *cutanés*, qui animent la peau de la cuisse, surtout dans sa portion postérieure et supérieure, et la peau du scrotum et du périnée, ces rameaux cutanés s'anastomosent avec une branche du nerf honteux interne et constituent un véritable réseau plexiforme qui innerve les bourses et le fourreau de la verge chez l'homme, les grandes lèvres et le clitoris chez la femme. Le zona du petit sciatique sera donc caractérisé par des groupes de vésicules occupant en totalité ou en partie ces diverses régions de la peau; c'est-à-dire d'une part le fourreau de la verge, le scrotum, le périnée et la marge de l'anus jusque vers l'échancrure sciatique, et d'une autre part la partie supérieure et postérieure interne de la cuisse.

Ce zona est très-rare, la plupart des auteurs restent muets sur son existence. Sur 63 cas de zona réunis par M. Jonathan Hutchinson dans les *London hospital Reports*, 1866, vol. III, on ne trouve pas le zona du petit sciatique.

Cependant Baerengsprung parle du *zoster sacro-ischiadicus ;* c'est celui qui répond à la distribution cutanée des branches du plexus sacré; le zona du fessier inférieur doit être compris dans ce groupe (1).

(1) Voir une analyse du mémoire de Barensprung dans *British*

Rayer, cité par Gintrac dans son *Cours de pathologie interne et de thérapie médicale*, tome IV, page 664, a vu le zona occuper exclusivement un côté de la peau du pénis et des bourses, l'une des aines et la moitié de la marge de l'anus (1).

Gintrac cite l'observation d'une femme de 73 ans, chez laquelle l'éruption occupait la région de l'articulation coxo-fémorale droite entre le grand trochanter et l'os des îles, la partie latérale droite du sacrum et la grande lèvre droite (2).

Kobner a lu, le 30 mai 1873, à la Silesion gesells'chaft für Vaterlandische cultur un mémoire sur un cas type de zona du petit nerf sciatique. L'éruption était survenue sur un homme qui ayant chaud s'était assis sur de l'herbe humide. Les groupes de vésicules étaient répandus sur le parcours de la branche cutanée du nerf et occupaient par conséquent le derrière de la cuisse et la moitié du périnée, du scrotum et du pénis (3).

Le fait suivant que nous avons observé il y a deux ans à l'Hôtel-Dieu présente la plus grande ressemblance avec celui de Köbner; c'est aussi, pensons-nous, un cas type de zona du petit nerf sciatique. La rareté des faits de ce genre nous engage à porter celui-ci à la connaissance de nos lecteurs.

OBSERVATION. — *Phthisie pulmonaire. — Arsenic. — Zona du petit sciatique au fessier inférieur gauche.*

François V..., de l'Ardèche, cultivateur, âgé de 20 ans,

and foreign med. chir. review, 1862 et dans Hebra, *Traité des mal. de la peau*, édit. française, p. 370, vol. 1.

(1) Rayer, *Maladies de la peau*, t. I, p. 338.

(2) Gintrac, *Cours de path. et de thérapie méd.*, t. IV.

(3) *Pick and Auspitz's journal* et *London med. Record*, n°70, 1874.

entre le 26 août 1871 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bruno, n° 23.

Ce jeune homme n'accuse aucune maladie antérieure, il a un tempérament lymphatique sanguin et affirme qu'aucun vice héréditaire n'existe dans sa famille.

Il y a un an, après un coup de froid, il eut un mouvement de fièvre avec toux et expectoration sanguinolente ; accident pour lequel il dut s'aliter pendant une huitaine de jours. Il conserva toujours depuis lors de la toux et rendit souvent des crachats sanguinolents, mais n'eut jamais de véritable hémoptysie. Peu à peu les forces diminuèrent, de l'amaigrissement survint, les crachats devinrent purulents et, tout travail pénible devenant impossible, le malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée dans le service, nous constatons une caverne assez étendue au sommet gauche avec de la matité, du souffle amphorique et du gargouillement sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, et nous trouvons au sommet droit des signes non équivoques de ramollissement commençant. Les crachats sont muco-purulents, l'amaigrissement et la perte des forces sont très-prononcés. Le pouls est à 80, la peau est chaude, les sueurs sont faciles et assez abondantes pendant la nuit, la diarrhée est fréquente, il n'y a pas d'appétit, enfin le malade se trouve dans un état de cachexie assez avancée, *prescription :* Liqueur de Fowler, cinq gouttes, légères préparations opiacées.

Nous ne suivrons pas jour par jour l'état de François V..., nous dirons seulement que depuis le moment de son entrée jusqu'au commencement de décembre il resta soumis à l'arsenic à faibles doses et aux toniques combinés aux balsamiques et aux opiacés. L'appétit et le sommeil devinrent meilleurs, la toux moins fréquente et l'état général plus satisfaisant. Les signes locaux restèrent les mêmes néan-

moins : caverve assez volumineuse au sommet gauche, et ramollissement très-prononcé au sommet droit.

Le 3 décembre, le malade se plaint d'une douleur assez vive vers l'échancrure sciatique gauche ; nous constatons en ce point un groupe de très-belles vésicules d'herpès reposant sur un fond rouge érythémateux.

Le 4, de nouveaux groupes se forment sur la partie gauche de la marge de l'anus et du périnée.

Le 5, nous constatons d'autres groupes sur le cinquième supérieur de la cuisse gauche dans la région interne et postérieure, d'autres agglomérations de vésicules se sont formées sur la partie gauche du scrotum et jusque sur la moitié latérale gauche de la peau de la verge. Enfin, nous constatons encore d'autres vésicules groupées dans la région latérale gauche du pénis.

Toutes ces vésicules ont un volume qui varie entre celui d'un petit pois et celui d'un haricot, elles sont disposées en huit ou dix groupes plus ou moins confluents et placés assez régulièrement sur le trajet d'une des branches collatérales postérieures du plexus sacré, du *nerf fessier inférieur* ou *petit sciatique.*

La douleur accompagnant l'éruption précédente est assez vive et présente ce caractère de brûlure et de cuisson qui est propre au zona. Le pouls est à 88, les accidents pulmonaires ne paraissent pas modifiés. *Prescription :* Pommade au chlorhydrate de morphine.

Le 8 décembre, dessécation des vésicules : les douleurs sont toujours très-vives.

Celles-ci diminuent peu peu. La desquamation de son côté se fait promptement et le 23 décembre le malade était complétement guéri de son zona, et des douleurs qui l'accompagnaient.

Le 12 février, François V..., passe à l'asile des convalescents. Les signes physiques sont les mêmes. Les signes

fonctionnels et l'état général sont très-sensiblement améliorés.

L'année suivante nous avons revu notre malade : l'état de sa poitrine était beaucoup plus grave : il ne s'était plus ressenti de son zona.

Réflexions. Dans l'observation qui précède nous avons omis volontairement un certain nombre de détails qui l'auraient allongée sans profit pour le point que nous avons ici spécialement en vue. C'est ainsi que notre malade nous a présenté ces phénomènes nerveux, et ces actions vasomotrices sur lesquels nous avons déjà appelé l'attention (1) et que nous avons vus toujours plus développés du même côté que le poumon le plus gravement atteint. Pendant son séjour à l'hôpital, François V... a eu de la coloration des pommettes, des sueurs, de la dilatation pupillaire d'une manière plus prononcée à gauche qu'à droite; c'est aussi à gauche que siégeaient ses lésions pulmonaires les plus avancées. Nous avons cherché ailleurs à démontrer que ces différents phénomènes sont des actes nerveux réflexes d'origine pulmonaire : peut-être faudrait-il invoquer la même étiologie pour le zona si remarquable dont notre malade a été atteint. Cette hypothèse aurait pour elle la nature nerveuse du zona qui aujourd'hui ne fait plus de doute et par conséquent la possibilité de l'intervention d'un processus reflexe comme cause prochaine; elle pourrait aussi invoquer en sa faveur, le siége à gauche du zona, c'est-à-dire du même côté que le poumon le plus malade comme pour les autres accidents nerveux que notre sujet a éprouvés.

Cependant nous ne pouvons pas oublier que François V..., a été soumis à l'usage de l'arsenic dès son entrée à l'hôpital et qu'au moment où son zona est survenu il prenait

(1) Perroud, De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire, in *Lyon médical*, janv. 1872.

depuis plus de trois mois une dose quotidienne de 5 gouttes de liqueur de Fowler. Nous tenons à signaler ce fait à cause de l'influence pathogénitique que l'arsenic aurait sur l'herpès zoster d'après M. Jonathan Hutchinson (1).

Les faits que rapporte le médecin anglais (2) à l'appui de sa thèse, sont au nombre de huit. Le zona dans ces cas a été sept fois unilatéral, et une fois seulement bilatéral; il s'est développé sur le trajet de nerfs très-différents, sur le thorax, l'abdomen, le cou, le front, le membre supérieur, etc., l'éruption est survenue chez des malades pendant le cours d'un traitement arsenical auquel ils avaient dû être soumis en raison de quelques affections cutanée au rhumatismale.

M. Dyce Duck-Worth relate aussi un cas de zona survenu dans le cours d'un traitement arsenical (3) ; l'éruption était bilatérale, elle paraissait siéger, dit l'auteur, sur le trajet des derniers nerfs sacrés au commencement de la rainure anale; à gauche le zona était plus marqué qu'à droite, il s'étendait un peu plus en hauteur et en largeur. La malade était une jeune fille de neuf ans, qui prenait de l'arsenic pour des accidents nerveux spasmodiques. L'auteur doute très-fort que l'arsenic puisse être la cause du zona, car c'est la première fois qu'il voit cette maladie survenir dans le cours d'un traitement arsenical et cependant il a nombre de fois administré ce médicament, contre le psoriasis et contre la chorée entre autres.

Nous nous associons tout à fait aux doutes émis par M Duck-Worth ; nous avons très-souvent donné l'arsenic, notamment dans la phthisie pulmonaire, et le cas de zona

(1) Jonathan Hutchinson. A few curious facts respecting herpes zoster *in Medical Times and Gazette*, déc. 1868.

(2) Braithwaith, *Retrospect of medicine*, 1869, vol. LIX.

(3) Dyce Duck Worth, *in Saint-Bartholomew's hospital Reports*, 1873.

que nous venons de relater est le premier que nous avons observé dans le cours d'un traitement arsenical. Nous savons bien que parmi les phénomènes produits par l'arsenic sur l'économie, les accidents qu'il amène du côté de la peau sont les plus remarquables et les plus fréquents, mais la monographie si riche de faits et si complète que M. Imbert Gourbeyre a écrit sur ce sujet (1) ne signale nullement le zona parmi les manifestations de nature arsenicale ; elle mentionne cependant ce fait que l'arsenic agirait principalement sur le côté gauche ; or les observations de zona prétendu arsenical que nous possédons, répondent peu à ce caractère. En effet si aux huit faits de M. J. Hutchinson, nous ajoutons celui de M. Dyce Duck-Worth et le nôtre, nous trouvons sur un total de 10 cas, 2 zonas bilatéraux, 5 zonas, siégeant à droite, 1 zona seulement siégeant à gauche, et un dernier cas dans lequel l'éruption était mal caractérisée.

Il résulte donc pour nous de cette courte discussion que le zona arsenical n'est pas encore démontré et que les faits que l'on a donnés jusqu'à présent comme tels, sont encore trop peu nombreux, relativement au nombre considérable de malades qui prennent de l'arsenic, pour que l'on soit autorisé à voir en eux autre chose que de simples coïncidences, néanmoins nous avons pensé que la question présentait un intérêt assez grand pour être signalée à l'attention et à des recherches ultérieures.

(1) Imbert Gourbeyre, Étude sur quelques symptômes de l'arsenic, *in Gazette medicale de Paris*, 1862.

DEUX CAS DE CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA RÉGION DU COU, par le Dr Alf. Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Les chancres du *cou* sont assurément des plus rares. Peut-être donc ne sera-t-il pas sans intérêt de relater les deux faits suivants que j'ai eu l'occasion d'observer à quelques années d'intervalle, et qui sont des exemples bien évidents de cette localisation singulière du chancre syphilitique.

Observation I. — Dans les premiers jours de juin 1859, je fus consulté par un jeune homme de 22 ans, vierge jusqu'alors de tout accident vénérien, et se croyant affecté d'un « furoncle du cou ». Ce prétendu furoncle datait déjà de trois à quatre semaines et semblait « ne pouvoir aboutir à se fermer ». Une circonstance particulière inquiétait de plus le malade et l'avait engagé à consulter un médecin, c'est que ledit clou s'était produit juste en un point qui, quelque temps auparavant, « avait été mordu dans un transport amoureux par une femme assez suspecte. » Examen fait, je ne trouvai dans la lésion qui m'était présentée rien moins que les caractères du furoncle. Cette lésion, qui siégeait sur la partie latérale du cou, à cinq ou six centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, consistait en une érosion ovalaire, de la largeur de l'ongle, papuleuse, à bords élevés, à fond rouge, de teinte chair musculaire, à base fortement résistante et offrant au doigt cette dureté sèche, élastique, chondroïde, qu'il est impossible de con-

fondre avec la dureté inflammatoire ou l'empâtement œdémateux. Par ces divers attributs elle rappelait exactement l'aspect de certains chancres syphilitiques, notamment de cette variété de chancres cutanés de forme papuleuse, dits chancres en médaillon. De prime abord, en conséquence, je soupçonnai un chancre, malgré le siége bizarre de l'accident. Et bientôt je fus confirmé dans cette vue en rencontrant à quelques centimètres au-dessous de la lésion un ganglion gros comme une noisette, dur, indolent, aphlegmasique à la façon des adénopathies qui accompagnent les chancres syphilitiques. D'après ces divers signes, je me crus en droit de formuler un diagnostic précis, et, avec la réserve que comportait la singularité de l'accident, j'annonçai au malade que ce qu'il croyait être un furoncle n'était pas un furoncle à coup sûr, et qu'il y avait de grandes probabilités, au contraire, pour que ce fût un chancre. Au cas, ajoutai-je, où mon jugement serait fondé, des accidents secondaires ne devraient guère tarder à se produire dans l'espace de quelques semaines.

Traitement : pansements avec pommade au calomel; bains ; hygiène.

Le 15 juin, je revois le malade. Il n'a pu retrouver la femme dont il tient la contagion, mais il a tout lieu de croire, d'après quelques renseignements qui lui sont parvenus, que cette femme est affectée de syphilis.—La lésion du cou commence à se réparer ; cicatrisation vers les bords; base toujours indurée, donnant au doigt la sensation d'un disque de parchemin. — Même état de ganglion.

Le 27, cicatrisation complète de la lésion du cou ; la cicatrice est d'un rouge foncé, brunâtre. Induration persistante.

De plus, comme je l'avais prévu, explosion de phénomènes secondaires non douteux : Sur le tronc, roséole papuleuse, encore peu confluente. — Douleur de gorge sans

lésion apparente. — Un petit ganglion cervical dans la rainure du trapèze, à droite. — Malaise général.

Traitement mercuriel.

4 juillet. Roséole papuleuse en plein épanouissement. — Croûtes du cuir chevelu.

14 juillet. Syphilide érosive des amygdales.

En octobre, novembre et décembre, plusieurs récidives de syphilides buccales.—Mais je passe outre sur les détails consécutifs de la maladie qui n'ont plus trait au sujet actuel. Les quelques accidents sus-mentionnés suffisent pleinement à légitimer la nature de la lésion originelle, et là seulement est l'intérêt de cette observation.

Observation II. — Un second exemple de chancre cervical m'a été offert par une jeune fille que j'ai eu l'occasion d'observer à Loureine avec mon distingué collègue et ami, le Dr Blachez.

La malade était venue trouver M. le Dr Blachez pour un « bouton du cou », qui datait de quelques semaines et tardait à se cicatriser. Ce prétendu bouton, à l'époque où je l'examinai pour la première fois, était un type accompli de chancre syphilitique et se présentait sous l'aspect suivant :

Au niveau de la moitié droite du cou, latéralement et à la hauteur de la cinquième vertèbre cervicale environ, existe une érosion ovalaire de forme, à grand diamètre horizontal, offrant les dimensions de l'ongle. Cette érosion est légèrement exhaussée à sa circonférence qui dessine une sorte de couronne en relief, et bordée par une aréole d'un à deux millimètres, de ton rouge violacé. De sa circonférence elle descend en pente douce vers ses parties centrales, de façon à affecter la forme d'une cupule. Elle est unie de fond, lisse, comme vernie. Dans sa zone périphérique, elle offre une teinte rouge, rappelant exactement la coloration de la chair musculaire. Vers ses parties cen-

trales, elle prend au contraire une teinte d'un blanc grisâtre, lardacée, due à une sorte d'enduit adhérent qu'on ne peut détacher ni par le lavage ni par le frottement avec un pinceau de charpie. Pressée entre les doigts d'un de ses bords à l'autre, cette lésion offre au plus haut degré la sensation dite *induration parcheminée.* Elle semble véritablement doublée d'une mince lamelle de parchemin.

A son voisinage existe un ganglion engorgé, et ce ganglion, moyen de volume, comparable à une noisette, se présente dur, indolent, aphlegmasique.

Nul phénomène de syphilis secondaire n'existe encore sur la malade. D'autre part, la vulve est saine; aucune autre lésion suspecte ne se présente à notre examen.

L'aspect de la lésion du cou était si caractéristique, je le répète, qu'un doute n'était pas permis. Très-sûrement, nous étions en présence d'un chancre syphilitique de la région cervicale. Tel était d'ailleurs le diagnostic porté par M. Blachez, et je partageai de tout point son opinion. Restait à savoir comment ce chancre était venu s'implanter sur un siége aussi insolite. Les réticences ou les dénégations de la malade à toutes nos questions ne nous permirent pas d'élucider ce dernier point.

Toujours est-il que le diagnostic ne tarda pas à être confirmé par l'évolution ultérieure. Quelques semaines ne s'étaient pas écoulées que la jeune malade présentait une syphilide papuleuse des plus évidentes. Plus tard, des papules muqueuses se produisirent sur la grande lèvre. Plus tard encore, il se fit une récidive de syphilides à la vulve, en même temps qu'une éruption de plaques opalines sur les amygdales.

Une reproduction en cire de ce dernier chancre cervical, très-habilement exécutée par M. Jumelin, se trouve actuellement à l'hôpital Saint-Louis (Collection particulière, pièce n° 197).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Lectures on syphilis and on some forms of local disease affecting principally the organs of generation, by Henry Lee. — Londres, Churchill, 1875, in-8°.

Ces leçons, au nombre de dix, déjà publiées en partie, ont été réunies par l'auteur en un volume de plus de 300 pages.

Les principaux sujets traités sont : l'inoculabilité du sang syphilitique dans ses diverses variétés ; les conditions dans lesquelles les sécrétions des accidents syphilitiques primaires et secondaires peuvent être inoculées naturellement ou artificiellement ; les processus morbides produits par ces inoculations ; les modifications que subissent ces processus chez les individus déjà syphilitiques ; le traitement de la syphilis ; la pathologie et le traitement des écoulements de la prostate, des glandes de Cowper et des vésicules séminales, etc.

Ces leçons ne sont qu'un résumé des idées propres à l'auteur sur ces différentes questions. Aujourd'hui tous les syphiligraphes sont d'accord sur les points principaux des doctrines syphiligraphiques modernes, il n'y a donc pas lieu de les discuter plus que de les exposer de nouveau ici à propos de l'ouvrage de notre savant confrère ; elles seront toutefois consultées avec fruit, et les praticiens pourront y relever d'utiles indications au point de vue du diagnostic et du traitement. A cet égard, nous croyons qu'il ne sera pas

sans intérêt de rappeler ici quel est le mode de traitement que M. Lee, ainsi que d'autres médecins anglais, notamment le docteur Parker, de Birmingham, considèrent comme le plus efficace contre la syphilis; procédé peu employé aujourd'hui en France, et qui dans quelques cas peut cependant être appelé à rendre de réels services.

Nous voulons parler des fumigations mercurielles, dont les avantages ont été signalés en France par Rapou, Lalonette, Lucas Championnière, etc., et pour l'emploi desquelles M. Langlebert a imaginé un appareil très-commode.

Dernièrement encore, M. le Dr Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, dans une communication à la Société de chirurgie, a spécifié les cas dans lesquels on doit préférer les fumigations de calomel aux autres traitements anti-syphilitiques. Dans le n° 2 de ce recueil (année 1875-1876), cet auteur a en outre publié une très-intéressante observation de syphilide papulo-hypertrophique non traitée pendant 2 ans 1/2 et guérie par les fumigations de calomel continuées sans interruption durant trois mois, et sans que la malade ait éprouvé le phénomène d'irritation gengivale ou bronchique. C'est là un fait intéressant et qui vient justifier l'opinion de MM. Parker et Lee.

Le procédé opératoire est toujours le même ; toutefois nous croyons devoir résumer en quelques mots l'appareil très-ingénieux auquel M. le docteur Lee donne la préférence.

On place une lampe à alcool dans une petite caisse en toile métallique, construite d'après le principe de la lampe de Davy ; le couvercle de cette espèce de boîte est muni d'une petite plaque centrale, arrondie, mobile, entourée d'une gouttière pouvant contenir environ 30 grammes d'eau. Lorsque l'eau commence à entrer en ébullition, on répand sur la plaque centrale 15 décigrammes de calomel

sublimé, en une ou deux fois. Le malade s'assied alors sur un tabouret ou sur une chaise et l'on place l'appareil entre ses jambes; on enveloppe ensuite complétement le malade d'un peignoir en laine qui empêche que les vapeurs d'eau et de calomel ne s'échappent au dehors. Avec la vapeur d'eau se dégagent les vapeurs mercurielles que le malade peut du reste respirer de temps à autre (une minute environ toutes les cinq minutes), au moyen d'une ouverture pratiquée à la partie antérieure du peignoir. Ce bain dure en général 12 à 15 minutes. Pour que les vapeurs puissent atteindre toutes les parties du corps et que la poudre de calomel se dépose sur la surface cutanée, le peignoir est garni à l'intérieur de cerceaux que l'on retire dès que le bain est terminé, afin de permettre au malade de se mettre au lit.

Par cette méthode on évite les sueurs trop abondantes, qui pourraient avoir l'inconvénient d'affaiblir des malades déjà débilités par la syphilis.

D'autre part, une sudation trop abondante entraînerait la poudre de calomel déposée sur la surface cutanée et dont l'absorption se fait ensuite graduellement. En général, il se produit une légère sensibilité des gencives, un peu de salivation et un goût métallique dans la bouche. Parfois les gencives sont rouges, tuméfiées et douloureuses. Rarement les effets sont plus prononcés.

Les fumigations peuvent être continuées chaque soir pendant tout le temps nécessaire, et plus directement sur les régions qui sont le siégé des manifestations syphilitiques.

Cette méthode nous paraît surtout utile dans les cas où les manifestations syphilitiques se produisent à la peau sous la forme d'éruptions ulcéreuses, ainsi que l'a indiqué M. Horteloup; dans ces circonstances l'effet du médicament est plus actif et paraît modifier plus rapidement les

lésions spécifiques que tout autre mode de traitement.

L'auteur examine ensuite, dans un autre chapitre, le traitement que réclament les diverses manifestations de la syphilis, notamment celles qui ont lieu sur la surface cutanée. Les éruptions peuvent se présenter sous des aspects très-différents, et comme le dit le Dr Lee, les affections de la peau sont presque toujours modifiées dans leur marche et leur progrès pendant le développement d'une affection syphilitique. Aussi est-il parfois difficile d'établir un diagnostic précis? Chez les individus dartreux, c'est un travail très-ardu, surtout dans les dernières périodes de la maladie, que de déterminer jusqu'à quel point la maladie doit être jugée syphilitique ou bien si elle tient à d'autres causes. Notons aussi que la syphilis peut contribuer, dans une certaine mesure, à provoquer l'apparition des lésions herpétiques. Dans les éruptions syphilitiques suppurantes de la peau, il faut joindre aux préparations mercurielles l'usage des toniques, du quina, du fer, etc.

Dans les ulcères cutanés qui surviennent chez les individus débilités et envahissent parfois de vastes surfaces de la peau, les fumigations de calomel donnent d'excellents résultats. Il en est de même pour les ulcères phagédéniques pour lesquels les fumigations locales de calomel constituent le meilleur traitement. A l'aide d'un appareil inventé par le Dr Moffitt, il est facile de diriger la vapeur de calomel sur la partie malade.

Dans la syphilis primitive, caractérisée seulement par le chancre infectant et la pléïade ganglionnaire, il est souvent difficile de persuader les malades de l'utilité de suivre pendant un temps assez long un traitement spécifique.

M. le Dr Lee prescrit, en général, ce traitement pendant une période de trois mois ; dans le cas où le malade ne serait pas disposé à s'y soumettre, il est préférable, dit-il, d'attendre l'apparition des phénomènes secondaires. Contre

les accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, l'iodure de potassium est employé avec succès; mais d'après le Dr Lee, son action ne serait pas aussi durable que celle du mercure. Quelques médecins emploient l'iodure de mercure à la dose de 5 à 15 centigrammes; ce sel a une action plus énergique que l'iodure employé seul. Toutefois, il est encore préférable de donner l'iodure de potassium ou l'iodure de sodium à l'intérieur et d'administrer le mercure sous forme de fumigations.

Nous recommandons aussi très-vivement la lecture des 8e et 9e leçons dans lesquelles le Dr Lee étudie les différentes espèces d'écoulements uréthraux. A propos de ceux qui ont leur siége dans la prostate ou dans les glandes de Cooper, l'auteur analyse avec soin ces sécrétions qui exercent souvent une influence si fâcheuse sur le moral de ceux qui en sont atteints. Comme l'indique le Dr Lee, une bonne discipline morale est souvent aussi utile que les remèdes.

Contre les écoulements involontaires des vésicules séminales, les bains de siége froids, l'hydrothérapie, un exercice régulier en plein air, etc., sont les moyens les plus efficaces auxquels on puisse avoir recours.

Le traitement local mérite toute l'attention du médecin autant pour ce que l'on ne doit pas faire, que pour l'emploi de méthodes réellement utiles. La cautérisation, d'après la méthode de Lallemand, est indiquée dans quelques cas, mais le plus souvent on peut arriver au résultat par d'autres remèdes plus simples et moins douloureux.

D'après M. le Dr Lee, ces pertes involontaires sont le plus ordinairement le résultat de l'atonie, du relâchement des fibres circulaires des orifices des canaux des vésicules séminales, et alors la plus légère contraction ou pression à la fin de la miction ou en allant à la garde-robe, suffit pour entraîner quelques gouttes de liquide des glandes prosta-

tiques ou de Cooper. Le manque de tonicité peut être dû à une excitation morale ou à de la faiblesse.

Partant de ce principe, l'auteur cherche à tonifier localement les parties affaiblies, relâchées. Dans ce but, il propose la médication suivante : à l'aide d'une sonde, munie d'un piston à l'intérieur, il applique une solution de perchlorure de fer (2 à 4 dr. pour 240 grammes d'eau distillée) sur la portion prostatique de l'urèthre.

Le Dr Lee a traité ainsi un nombre très-considérable de malades, et il dit avoir souvent obtenu de cette médication des résultats satisfaisants et durables.

REVUE DES JOURNAUX

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Présidence de M. le Dr J.-C. White.

Première question. — Variations et fréquence des maladies de la peau selon les pays et la civilisation. M. White présente les conclusions suivantes qui sont adoptées par la section :

1° Certaines affections obscures dont l'étiologie est peu ou mal connue, même dans les régions de l'Europe où elles règnent le plus habituellement, peuvent être considérées comme n'existant pas aux États-Unis : telles sont le *prurigo*, la *pellagre* et le *lichen exudativus ruber.*

2° Certaines maladies qui sont le résultat de la misère et de la malpropreté sont beaucoup moins fréquentes aux États-Unis que dans d'autres parties de l'Europe, notamment les *affections parasitaires produites par des parasites animaux.*

3° Quelques affections cutanées graves qui dépendent de troubles constitutionnels profonds sont moins fréquentes et moins graves aux États-Unis qu'en Europe : telles sont principalement le *lupus*, les *syphilides* et la *lèpre.*

4° Certains troubles de la peau, notamment ceux qui se rapportent au système glandulaire et ceux qui sont sous la

dépendance directe du système nerveux, paraissent être plus fréquents aux États-Unis qu'en Europe : tels sont pour les premiers la *séborrhée*, *l'acné* et peut-être les *éruptions sudorales*, pour les seconds, *l'herpès* et *l'urticaire* et le *prurit cutané*.

5° En outre certaines affections aiguës congestives et nerveuses de la peau sont plus graves aux Etats-Unis qu'en Europe.

Deuxième question. — L'eczéma et le psoriasis sont-ils des affections locales ou des manifestations de troubles constitutionnels ?

Les conclusions suivantes présentées par M. le Dr Bulkley sont adoptées par la section :

1° L'eczéma et le psoriasis sont des affections distinctes. La première doit être nettement séparée des dermatites artificielles et la seconde des syphilides, de l'eczéma squameux et de la lèpre.

2° L'eczéma et le psoriasis ne peuvent avoir en même temps une origine locale et une autre constitutionnelle ; mais, comme d'autres maladies, ils peuvent être produits par des causes prédisposantes et occasionnelles.

3° L'eczéma et le psoriasis, par la plupart de leurs caractères, paraissent se rattacher bien plus à des affections constitutionnelles qu'à des affections locales.

4° L'eczéma présente la plus grande analogie avec le catarrhe des membranes muqueuses ; il est très probable que parfois le catarrhe n'est que de l'eczéma ou du psoriasis des muqueuses.

5° L'eczéma et le psoriasis ressemblent sous certains rapports à la goutte et au rhumatisme, et dépendent d'une cause constitutionnelle un peu semblable, quoique encore inconnue ; beaucoup des lésions de la peau doivent être considérées comme le résultat local ou le reste d'autres maladies.

6° Il n'existe encore aucun fait microscopique ou physiologique qui démontre que l'eczéma et le psoriasis sont dus uniquement à des désordres locaux des cellules, soit congénitaux soit acquis, ou à la perversion du système nerveux

7° Les causes locales jouent un rôle important dans l'étiologie de l'eczéma. Elles sont probablement sans influence dans la production du psoriasis.

8° Le traitement local est souvent insuffisant pour faire disparaître les lésions de l'eczéma et du psoriasis, et il est impuissant à prévenir ou à retarder les récidives. Les succès que l'on a obtenus à l'aide des seules applications topiques ne démontrent pas nécessairement l'origine locale de ces affections.

9° Le traitement constitutionnel peut seul guérir la plupart des cas d'eczéma et de psoriasis et prévenir ou éloigner les récidives dans un certain nombre de ces affections ; dans le traitement constitutionnel se trouve comprise toute action ne se rattachant pas exactement à la médication locale.

10° En résumé l'eczéma et le psoriasis sont des manifestations de troubles constitutionnels et non des affections locales de la peau.

Troisième question. — Nature du virus syphilitique, unicité ou dualité.

Le rapporteur, M. le Dr Freman J. Bumstead, donne lecture d'un mémoire dont voici les conclusions :

1° Tous les ulcères vénériens sont dus à un virus spécifique unique, le virus syphilitique ;

2° Certains ulcères vénériens sont dus au virus syphilitique et d'autres à un virus distinct, connu sous le nom de *chancroïde ;*

3° Certains ulcères vénériens sont dus au virus syphilitique et d'autres à l'inoculation des produits de l'inflam-

mation simple ; dans ce dernier cas, il n'existe aucun virus spécifique.

Ces conclusions du rapporteur ont été adoptées par la section avec les modifications suivantes :

1° La dualité du virus syphilitique est aujourd'hui démontrée ;

2° Les ulcères vénériens peuvent être dus soit à l'inoculation du virus syphilitique, soit à l'inoculation des produits de l'inflammation simple ;

3° Ces deux poisons peuvent être inoculés simultanément ;

4° Dans l'état actuel de la science, il est certain que des ulcérations inflammatoires semblables aux chancroïdes peuvent être produites sur les différentes régions du corps par l'inoculation du pus de diverses lésions.

Quatrième question. — Traitement de la syphilis ; remèdes appropriés à ses diverses périodes ; durée de leur emploi ; le traitement doit-il être continu ou intermittent.

Le Dr Keyes lit un mémoire dont les conclusions, après quelques modifications, sont adoptées :

1° Le mercure est l'antidote du poison syphilitique et peut être utile par l'influence favorable qu'il exerce sur tous les symptômes, même dans la dernière période de la maladie ; toutefois, son action sur les productions gommeuses est moindre, et on ne doit pas compter sur le mercure dans ce cas ;

2° A petites doses le mercure est un tonique ;

3° L'iodure de potassium guérit certains symptômes de la syphilis, mais il ne prévient pas les récidives ;

4° Le mercure, administré à petites doses pendant longtemps et sans interruption dès le début de la maladie, constitue le meilleur traitement de la syphilis.

Plusieurs autres mémoires ont été lus dans cette section :

De la lèpre, par M. le Dr Anders, médecin aux îles Sandwich.

Quelle est la maladie décrite sous le nom de lupus? par le Dr Woskrijinky, de Saint-Pétersbourg.

De la nature du virus syphilitique, par le Dr Ch. Drysdale, de Londres.

Traitement de la séborrhée, par M. le Dr Ch. Héitzmann, de New-York.

Traitement de la yphilis, par le Dr Ch. Drysdale, de Londres.

De la verruga, une maladie spéciale au Pérou, par le Dr J. Ward, de Lima.

(*The medical news and library*, octobre 1876, n° 406.)

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA TEIGNE PAR L'HUILE DE CROTON TIGLIUM, par le Dr LADREIT DE LACHARRIÈRE.

L'auteur a employé ce traitement chez dix-huit malades qui tous ont guéri dans un délai de six semaines à deux mois. Le mal existait chez la plupart depuis plus de six mois; un enfant avait la teigne depuis deux ans, un autre depuis trois ans, un troisième depuis cinq ans.

L'auteur a fait préparer des bâtons de cosmétique avec un mélange de beurre de cacao et de cire blanche contenant 50 0/0 d'huile de croton. Sous cette forme l'action de l'huile est plus prompte et plus complète que si elle est employée pure. Au bout de 24 heures on voit en général survenir une éruption vésiculeuse qui se convertit en croûtes analogues à celles de l'empétigo. Si on les détache à l'aide de cataplasmes ou par des lotions on constate souvent qu'un grand nombre de cheveux sont entraînés et que les autres cèdent facilement à la traction. Un pansement à la glycérine suffit pour modifier la surface de la plaie; le

cuir chevelu est rouge et lisse et les cheveux ne tardent pas à repousser souples et abondants. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 août 1876.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Recherches sur les centres nerveux, pathologie et physiologie pathologique, par le Dr Magnan, médecin de l'asile de Sainte-Anne. — volume grand in-8° avec 3 planches et figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson.

Traité des maladies du rectum et de l'anus, par Daniel Mollière, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Un volume in-8° de 572 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Masson.

Traité de la diphthérie, par A. Sanné, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, des sociétés de Nancy, de Genève, etc., chevalier de la Légion d'honneur. — Un volume in-8° de 662 pages et 4 planches. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Masson.

Traité du diabète, diabète sucré, diabète insipide, par le Dr Lecorché, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. — un volume in-8°, 710 pages. — Prix : 10 fr. Paris, G. Masson.

Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement, précédé d'une étude anatomique et physiologique de ces organes. *De l'Ovariotomie*, par M. le Dr A.-A. Boinet, deuxième édition, entièrement revue et augmentée. — Un vol. in-8° de 712 pages. — Prix : 9 fr. — Paris, G. Masson.

Quelques remarques sur les calculs vésicaux et la manière de les opérer à la clinique chirurgicale de Kazan, par M. le Dr Bekétow, professeur à l'Université de Kazan. — Un vol. in-8° avec figures dans le texte et une planche en couleur. — Prix : 5 fr. — Paris, G. Masson.

Le carnet du Médecin praticien, — Formules, — Ordonnances, — Tableaux du pouls, de la respiration et de la température, — Comptabilité.

Un cahier oblong, avec cartonnage souple, *un franc* (franco par la poste).

Le treizième exemplaire gratis, pour toute demande de 12 exemplaires en une seule fois.

Un exemplaire à titre d'essai est envoyé à toute personne qui enverra 25 centimes en timbres-poste.

Bains térébenthinés, leur emploi dans le traitement des rhumatismes, par le Dr Bremont fils, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut. — Grand in-8°, 40 pages. — Prix.............. 1 fr.

Atlas of skin diseases, by le Dr J.-A. Duhring, 1re livraison, grand in-8° avec 4 pl., Philadelphie et Londres, 1876, chez Lippincott et C°. — Prix.. 12 fr. 50

An elementary treatise on diseases of the skin for the use of students and practitionners, by H. Piffard, with illustrations, 1 volume in-8°, Londres et New-York, 1876, chez Macmillan and C°.

Sopra alcuni nei materni studii clinici, del dott. Roberto Campana, con dodici tavole litografate, gr. in-4°, Napoli, 1876.

La diagnosi delle lesioni siphilitische del cervello, del prof. Augusto Murri, broch. in-8°, Bologna, 1876.

Tho use and value of arsenic in the treatment of diseases of the skin, by L. Duncan Bulkley, broch. in-8°, New-York, Appleton and C°, 1876.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux, par le Dr Ch. Mauriac, broch. in-8°, chez A. Delahaye, 1877.

Clichy. — Imp. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1121, 12-6.)
Le gérant, G. MASSON.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

ÉTUDE SUR LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE,

par le Dr Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital St-Louis.

(Fragment de l'art. RHUMATISME, du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris 1876.)

I.

DU RHUMATISME SECONDAIRE.

Après avoir systématiquement rejeté hors du cadre du rhumatisme un grand nombre de manifestations douloureuses des articulations, que les anciens observateurs, frappés des analogies qu'elles offraient avec le rhumatisme proprement dit, y avaient introduites, et longtemps maintenues, dans le vague de leurs conceptions; après avoir longtemps méconnu une série de manifestations viscérales et abarticulaires dont la nature n'était même pas soupçonnée, les médecins contemporains ont rétabli presque complétement l'ancien édifice et l'ont considérablement

agrandi. Aujourd'hui le domaine du rhumatisme est tellement vaste, les affections auxquelles on attache la qualification de rhumatismales sont redevenues si nombreuses, que l'on assiste de nouveau à un envahissement peut-être excessif de la pathologie tout entière par cette entité morbide. Ce n'est pas que des protestations ne soient pas élevées, que de nombreuses et énergiques tentatives ne soient faites pour s'opposer à cette extension, mais il est conforme simplement à la vérité de dire que ces protestations et ces efforts ne s'appuient pas sur un ensemble de faits et de preuves assez solides pour entraîner la conviction générale, et légitimer tous les déclassements proposés. La plupart des auteurs qui ont fait ces tentatives avaient une idée préconçue; ils se sont attachés surtout à colliger les faits favorables à leur thèse, et ont appliqué tout leur talent à interpréter et à faire interpréter ces faits dans la direction qu'ils affectionnaient; tous ont semblé croire qu'il fût possible de répondre catégoriquement aux questions multipliées que soulèvent en foule, à chaque pas, les observations et les spéculations nouvelles. Ce procédé d'étude, cette notion non justifiée, frappent d'avance, sinon d'inutilité, au moins d'une stérilité relative, la plupart des recherches entreprises, toutes les discussions de tribune.

L'enquête brillante ouverte à la Société médicale des hôpitaux, à propos du rhumatisme blennorrhagique, par exemple, a divisé l'opinion générale des médecins en autant de parties qu'il y a eu de doctrines différentes produites sur cette affection en particulier, et sur le rhumatisme secondaire en général; les affections rhumatismales de la blennorrhagie, mieux signalées, mieux étudiées, retracées à partir de ce moment dans cent publications diverses, ont été mieux connues, mieux vulgarisées, et c'est là un grand progrès pour la médecine pratique. Mais ces accidents rhumatismaux sont-ils, ou non, véritablement rhumatismaux?

Le rhumatisme blennorrhagique est-il un rhumatisme? Chaque orateur a eu sur ce sujet un sentiment différent; et l'on pourrait trouver presque autant d'opinions que de médecins, chacun modifiant, au gré de ses doctrines personnelles, l'un des trois termes de la question, que l'on peut résumer ainsi : 1° Le rhumatisme des blennorrhagiques n'est autre qu'un rhumatisme vrai, excité, causé, modifié si l'on veut dans quelques-unes de ses manifestations par la nature de l'agent provocateur. 2° Ce rhumatisme n'est pas un rhumatisme, mais un état morbide constitué de toutes pièces par la blennorrhagie, et cette opinion se décompose en un grand nombre d'opinions secondaires. 3° Le rhumatisme des blennorrhagiques est bien une affection spéciale, mais *mixte*, tenant à la fois de la blennorrhagie et du rhumatisme, non une association, une combinaison.

§ II.

Tant qu'il n'a été question que de la blennorrhagie, et surtout alors que l'on ne connaissait du rhumatisme des blennorrhagiques que les arthrites, supposées alors isolées, limitées à une jointure, la distinction n'était pas laborieuse, et il ne semblait pas qu'il y eût quelque difficulté à distinguer du rhumatisme l'arthrite blennorrhagique. Mais ces heureux temps, où les questions les plus ardues aujourd'hui se présentaient ainsi simples et faciles, n'est plus ; et voilà que non-seulement on a découvert que toutes les manifestations *sans exception* du rhumatisme pouvaient émaner de la blennorrhagie, mais encore qu'il n'était peut-être pas dans toute la pathologie une affection, dans toute la physiologie une fonction, qui ne dût élever des prétentions à la genèse du rhumatisme : la puberté, la menstruation, la grossesse, l'allaitement, la ménopause, l'anémie, la chlo-

rose, la scarlatine, la variole, la blennorrhagie, la dyssenterie, la bronchite chronique, la dilatation des bronches, la syphilis, etc., etc., et l'on vit apparaître une luxuriante végétation de rhumatismes de la puberté, de la menstruation, de la grossesse, de l'allaitement, de la ménopause, etc., etc.; puis des rhumatismes anémiques, chlorotiques, scarlatins, varioliques, blennorrhagiques, dyssentériques, et même syphilitiques; puis, les théories aidant, on conquit le rhumatisme génital, uréthral, infectieux, pyohémique, sympathique, réflexe, virulent, etc., etc.

Si l'on s'était borné, provisoirement, à dire que ces états divers semblent *prédisposer* les sujets aux accidents rhumatismaux; que chacun d'eux peut jouer un rôle plus ou moins accentué dans le *développement* de ces accidents; que les uns et les autres semblent fréquemment (non toujours) *déterminer dans la forme*, le degré, l'allure, la terminaison de ces mêmes accidents, des particularités importantes pour le pronostic et le traitement de ces affections; et si l'on avait, en même temps, essayé simplement de préciser quelles étaient ces particularités anatomiques ou cliniques, on eût probablement fait faire à la question d'aussi grands progrès, et, en tout cas, on eût infiniment moins encombré toute une partie de la pathologie. Mais l'esprit des médecins de notre temps et surtout de notre pays, inquiet plus qu'à aucune autre époque des questions d'étiologie, de pathogénie, de nature des maladies, a soulevé, avant l'époque où il eût été possible de les résoudre, une série de questions bien complexes. On a voulu comprendre, de prime-abord, *pourquoi* ces états normaux ou pathologiques donnaient lieu à ces accidents rhumatismaux; *comment* ils les produisaient; sans prendre garde à cette autre question non moins intéressante de savoir s'ils les produisaient réellement seuls; *pourquoi* ils ne les produisaient pas plus souvent, et comment il se faisait que la

même lésion, parfois chez un même sujet, produisît ou ne produisît pas les accidents.

§ III.

Comment résoudre mathématiquement, comme plusieurs auteurs semblent croire que cela se peut faire, une question dont les données sont si vagues, un problème dont les termes sont incomplets? Vous voulez savoir de moi si le rhumatisme blennorrhagique, par exemple, est ou n'est pas un rhumatisme, et cela absolument, catégoriquement? Mais ne voyez-vous pas qu'il faudrait dire exactement ce que c'est que le rhumatisme avant de répondre à votre question, ou au moins qu'il serait indispensable de convenir entre nous d'une signification déterminée à donner à ce mot. Si vous faites du rhumatisme une affection fermée, limitée à l'affection qui est sortie toute constituée de l'œuvre magistrale de Bouillaud sous le nom de rhumatisme articulaire aigu, assurément non! Le plus ordinairement, le rhumatisme secondaire, le rhumatisme blennorrhagique, ou si vous voulez, pour sortir de celui-là en particulier, le rhumatisme génital, puerpéral, scarlatin, etc., etc., n'est pas le rhumatisme articulaire aigu; c'est quelque chose qui s'en rapproche, souvent de bien près, qui y confine dans ses moindres parties, qui n'en diffère pas essentiellement au point de vue anatomique (à ce que nous en savons actuellement); mais enfin, ce n'est pas le plus habituellement le rhumatisme articulaire aigu franc dans sa marche, sa durée, la fréquence de ses localisations viscérales, dans son pronostic, dans son traitement.

Mais si vous pensez avec moi que, sous la dénomination de rhumatisme, on doit désigner non une simple affection, mais bien une *entité morbide* beaucoup plus vaste, telle

que j'ai essayé de l'esquisser dans cet article (l'art. RHUMATISME du *Dict. encyclop.*), entité morbide dont les limites, à la vérité, sont entrevues plutôt que vues, qui reste *ouverte* à des annexions ou à des radiations selon les progrès de la pathologie, vous serez moins choqué de la transaction que je vous propose, et qui consiste à ajourner la solution de la question à une époque ultérieure, et à revenir à une étude plus précise des faits eux-mêmes. Quelque certain que soit l'abus qu'il y a à ranger dans le rhumatisme toutes les manifestations rattachées aujourd'hui au rhumatisme *secondaire*, vous ne pouvez, sans arbitraire, déclasser ni dissocier ces affections ou ces lésions, qu'il n'est certainement pas inutile de rapprocher dans une vue d'ensemble, ni créer des entités morbides nouvelles que détruira l'ouvrier du lendemain. Si encore les lésions, secondaires à ces divers états primaires, étaient exclusivement bornées aux articulations, on pourrait accepter à la rigueur qu'il existât des arthrites de la menstruation, de la ménopause, de la grossesse, de l'uréthrite, de la scarlatine, de la variole, de la dyssenterie, etc., etc., sauf à déterminer encore si les affections observées dans ces circonstances sont bien des affections *différentes*, ce qui ne manquerait pas d'être très-remarquable et quelque peu compliqué.

Mais, non-seulement ces affections ne se limitent pas aux articulations, mais encore elles parcourent précisément les tissus, les systèmes, les organes, sur lesquels le rhumatisme a imprimé son droit imprescriptible; elles imitent les localisations du rhumatisme vrai, les copient, les simulent à ce point servilement qu'il n'en est pas une seule qu'elles n'adoptent, une seule de leurs formes qu'elles n'empruntent, et qu'elles se limitent exclusivement à celles-là! Assurément, cela n'est pas une preuve matérielle directe, absolue d'identité; mais peut-on davantage fournir cette preuve matérielle, directe, absolue pour la non-identité?

Évidement non. Ignorant à peu près aussi complétement la nature de l'un que de l'autre complexus pathologiques, vous ne pouvez absolument pas prétendre à affirmer leur identité ou leur non-identité; vous pouvez seulement faire la somme des analogies, la somme des différences, et tirer une conclusion latérale, mais non directe. D'ailleurs, ce complexus, indiquant un ensemble, une réunion d'affections diverses, implique, en tout cas, l'existence supérieure d'un état général, d'une entité morbide. Quel nom lui donner? Et ce sera-t-il un grand progrès, par exemple, de substituer au mot de rhumatisme blennorrhagique celui de maladie rhumatoïde de la blennorrhagie, ou de créer un terme d'avenir douteux, tel que le terme de rhumatoïdisme, par exemple, pour désigner cette entité morbide nouvelle? Ce n'est pas tout : les complexus morbides liés aux états physiologiques ou aux états pathologiques sont nombreux et divers; il faudra donc créer autant d'entités morbides nouvelles; ou bien déclarer qu'ils font tous partie intégrante de la nouvelle entité morbide, ce qui sera aussi difficile à prouver, ou à nier, que d'établir leur identité ou leur non-identité avec le rhumatisme vrai.

§ IV.

En réalité, il n'y a pas à tout cela de solution possible autre que celle qui consiste à constater simplement les faits, et à les grouper en séries naturelles aussi nombreuses que cela sera indiqué par les progrès de la nosologie et les exigences de la médecine pratique. Il faut attacher un peu moins d'importance aux mots, se résigner au relatif, et mesurer les prétentions de la nomenclature au degré de certitude de la nosologie.

Actuellement, on désigne sous le nom de rhumatisme

primitif ou simplement de rhumatisme, une entité morbide dont les manifestations semblent émaner directement de causes extérieures ou être provoquées par elles. Mais qui pourrait dire que ces affections sont vraiment et toujours primitives, et qu'un grand nombre d'entre elles ne se rattachent pas au développement organique, à des troubles morbides plus ou moins latents? Nous ne pouvons, certainement, juger les choses que par ce que nous en savons voir, mais comme personne n'ignore que nous ne savons pas les voir toutes, et que la connaissance ne s'en acquiert qu'avec lenteur, il faut cependant faire quelques réserves mentales, et ne pas prendre tout à la lettre les termes absolus que nous mettons en usage. Sous ces réserves, il est manifeste que l'on peut, sans être illogique, admettre dans une *même* entité morbide deux groupes particuliers distingués selon que les affections de cette entité morbide semblent être *primitives,* ou paraissent être *consécutives* à un autre état de l'organisme spécifié, normal ou pathologique. D'où la distinction du rhumatisme en *rhumatisme primitif*, et *rhumatisme secondaire.* Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que, dans ces conditions diverses, l'entité morbide restant identique, ses affections éprouvent, de la nature de l'agent provocateur individuel, une modification qu'elles reçoivent de l'agent provocateur externe ? Est-ce que l'âge, le sexe, la condition sociale, le climat, la nature de la cause, n'interviennent pas pour produire des variétés aussi distinctes que possible, qui n'en restent pas moins unies sous la dénomination de rhumatisme primitif? Est-ce qu'il n'y a pas une différence bien plus excessive entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique déformant dans plusieurs de ses variétés, qu'entre le rhumatisme simple et le rhumatisme blennorrhagique? Tout cela nous paraît hors de contestation.

C'est donc avec raison que plusieurs auteurs contempo-

rains ont adopté le terme de *rhumatisme secondaire*, comme dénomination générale à affecter à l'ensemble des manifestations rhumatismales, ou à forme rhumatismale, que les études modernes montrent en relation avec une série d'états pathologiques divers. Dès que vous avez ajouté au terme de rhumatisme un qualificatif qui indique, à la fois, sa qualité *secondaire* et l'affection particulière à laquelle il emprunte son existence et son cachet individuels, vous avez satisfait à toutes les exigences réalisables du présent. Que dans les régions élevées de la science on cherche sans cesse à remonter aux causes et à pénétrer le mécanisme de ces affections, qu'on en discute la nature, et qu'on essaye d'en améliorer la nomenclature, cela est désirable et heureux pour tous. Mais que, prématurément et sans raison positive, on déclasse incessamment en nosologie classique une série d'affections avant de pouvoir leur assigner une situation meilleure ou plus fixe, et qu'on encombre de questions insolubles un sujet dont tous les éléments ne sont même pas réunis, c'est là un travers porté trop loin dans ce pays.

§ V.

Nous n'avons pas oublié, en émettant ces considérations, que si la plupart des accidents propres aux diverses affections qui font naître le rhumatisme secondaire sont, avec raison, dans l'état actuel de nos connaissances, réunis sous cette dénomination commune, celle-ci ne doit être cependant appliquée qu'aux seuls accidents de nature ou d'apparence vraiment rhumatismales. Il est plus que légitime, par exemple, de rapporter à la pyohémie et non à un *rhumatisme secondaire*, toutes les arthrites *purulentes* des nouveau-nés, de la puerpéralité, et des affections les plus

diverses qui donnent lieu à l'infection purulente ; ce qui n'empêche pas qu'il faille conserver la dénomination de *rhumatisme puerpéral*, laquelle a l'avantage de réunir sous un même point de vue pratique une série d'états pathologiques que relie, au moins, un état particulier de l'organisme. Cette qualification a été sans doute appliquée à quelques manifestations de la puerpéralité dont la nature rhumatismale ne saurait être considérée comme incontestable, mais elle ne peut pas être rejetée dans l'état actuel de la science ; et il reste acquis irrévocablement, non-seulement que la puerpéralité prédispose la femme aux localisations rhumatismales, mais encore que les manifestations réalisées qui apparaisent dans ces conditions, acquièrent des caractères qui leur sont particuliers, et comportent un pronostic spécial. Mais dans les formes secondaires, vraiment rhumatismales, même dans celles qu'on a supposées le moins invraisemblablement liées à une absorption purulente (la blennorrhagie), les lésions les plus vivement inflammatoires, l'arthrite la plus intense, ne sont jamais purulentes, *jamais*, bien entendu, étant employé dans le sens médical, et sous la réserve des conditions d'ordre multiple auxquelles peut se trouver soumis un sujet qui, bien que rhumatisant, peut aussi être pyohémique, comme cela arrive dans les arthropathies postvarioliques, par exemple, alors surtout que les malades sont dans un milieu nosocomial, puerpéral, ainsi qu'il en était des femmes chez lesquelles Brouardel a observé le rhumatisme postvariolique.

Il est nécessaire, en ces circonstances délicates, de séparer les faits simples des faits complexes ou compliqués, et, pour ces derniers, de discuter la valeur propre de chacun des éléments morbides qui leur appartiennent : un déclassement justifié est un progrès pour la science et pour la pratique, à la condition d'être limité à l'objet même pour lequel la justification a été faite.

II.

DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE.

§ I.

Les relations qui s'établissent entre la blennorrhagie et le rhumatisme ont été vues et entrevues longtemps avant l'époque à laquelle les auteurs indiquent que Selle et Swédiaur (1781) et Hunter (1786) les ont formulées pour la première fois ; on en prendra aisément la conviction si l'on veut bien lire, comme cela est nécessaire, « *rhumatisme*, » là où beaucoup d'auteurs antérieurs à cette époque ont écrit *goutte* ou *arthritis* (le mot rhumatisme étant resté longtemps peu usité pour désigner les affections manifestement *articulaires*). Baglivi, par exemple, a signalé nettement la gonorrhée, comme précédant des attaques de « goutte ». « Chez quelques jeunes gens, dit-il, on observe une blennorrhagie absolument semblable à la gonorrhée virulente, avec écoulement jaune, vert, érections douloureuses, urines brûlantes, tuméfaction des glandes inguinales, » laquelle se prolonge jusqu'à ce qu'advienne un commencement d'amendement dans les douleurs arthritiques. On pourrait faire une longue liste des auteurs anciens qui ont vu nettement les accidents rhumatismaux de la gonorrhée, mais il ne faudrait pas cependant oublier que la plupart ont considéré ces accidents, et la gonorrhée elle-même, comme arthritiques au même titre, et que chez un plus grand nombre encore on ne peut absolument, au milieu de la confusion qui existait entre les maladies syphilitiques et les affections vénériennes, discerner exactement si les accidents douloureux qu'ils mentionnent appartien-

nent en réalité à la syphilis ou à la blennorrhagie. Musgrave (Oxford, 1703, *De arthritide symptomaticâ*) n'ignorait pas l'action pathogénique de la gonorrhée; et Vigarous (*Obs. et remarques sur la complication du virus vénérien avec d'autres virus*, etc.) déclare que la gonorrhée produit des accidents articulaires chez les sujets prédisposés par un vice goutteux ou rhumatisant héréditaire ou accidentel, etc., etc.

En voilà assez pour établir que les choses étaient déjà formulées, faits et théorie, avant la date de 1781, et pour montrer que cette observation ne saurait être rapportée individuellement aux auteurs à qui l'on en fait honneur traditionnellement. C'est là un de ces mille faits qu'un grand nombre de médecins d'une même époque connaissent, dont ils ont reçu de leurs prédécesseurs la tradition plus ou moins vague, mais qui, à un moment donné du progrès de l'observation médicale, sont interprétés différemment, apparaissent plus évidents pour tous, sont signalés au même temps, en maints endroits différents, et par plusieurs observateurs.

Dans notre pays, Ricord, qui a tant moissonné dans le champ fertile, mais si mal cultivé jusqu'à lui, de la vénéréologie, n'a pas manqué, dans la longue série de ses études pratiques, d'apporter son attention sur ce point important, qu'il a élucidé aussi complétement que le permettaient les limites correspondantes des connaissances générales, et qu'il a eu le mérite de ne pas compliquer, comme on l'a fait depuis, de théories sans nombre, de conceptions trop ingénieuses, ou d'opinions excessives, exclusives, ou sans fondement. Ce maître éminent, dans son enseignement libre de l'hôpital du Midi, enseignement fécond entre tous! auquel se sont formés tous les médecins, français ou étrangers, qui ont aujourd'hui le premier rang dans cette partie de la science, avait dit à peu près tout ce qu'il était néces-

saire de dire sur la matière, avait vu à peu près tout ce qu'il est essentiel de voir : le rapport exclusif des arthropathies avec la blennorrhagie de l'urèthre, à l'exclusion de la balanoposthite ; il avait précisé que tantôt l'affection se manifestait avec des caractères spéciaux (arthrite blennorrhagique), que tantôt, au contraire, elle se confondait avec le rhumatisme vulgaire ; il avait montré que *toutes* les localisations viscérales du rhumatisme proprement dit pouvaient appartenir au rhumatisme blennorrhagique, y compris les cardiopathies et les affections des centres nerveux ; il avait déclaré qu'il n'y avait aucune médication spécifique, qu'il était inutile de rappeler l'écoulement arrêté, ou d'exciter l'uréthrite en voie de déclin ; il avait noté, enfin, que les rapports à établir entre l'état de l'uréthrite, ses oscillations, et l'apparition des arthropathies, ne présentaient aucune régularité. Assurément l'observation, toujours incomplète en des états morbides aussi complexes que celui dont il s'agit, ne pouvait pas rester l'œuvre d'un seul, et les élèves devaient trouver encore abondamment à glaner après le passage du maître ; mais il nous a semblé que les glaneurs ne devaient pas faire oublier le chef de la moisson, car aucun de ceux qui sont venus après n'a fait plus que lui. Le nombre de ceux qui ont coopéré aux progrès de la question est considérable, et l'on en trouvera l'indication soit ici, soit dans la Bibliographie (voy. *Dict. enc. des sc. méd.*, art. RHUMATISME, p. 810-819) ; mais quelques noms après celui de Ricord se détachent d'une manière plus saillante que les autres et resteront particulièrement attachés à cette histoire : Foucart, 1846 ; Brandes (de Copenhague), 1854 ; Rollet (de Lyon), 1858, 1865 ; Alfred Fournier, 1866, etc. ; l'article RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE, publié par ce dernier dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, est devenu classique ; diverses œuvres détachées, ou leçons cliniques, publiées par cet habile et ju-

dicieux observateur, et surtout son remarquable Mémoire inséré dans le premier volume des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, de Doyon (1869), constituent la contribution la plus hautement remarquable qui ait été apportée à l'histoire clinique de l'affection.

La discussion célèbre, soulevée à la Société médicale des hôpitaux en 1867 par Péter, et à laquelle Fournier, Féréol, Hervieux, Pidoux, Lorain, Guéneau de Mussy prirent une part si brillante, attira à ce point l'attention que le sujet devint littéralement « à la mode », et que les thèses inaugurales sur le rhumatisme blennorrhagique affluèrent à la Faculté ; plusieurs d'entre elles sont vraiment remarquables ; il y a le plus grand intérêt à les parcourir pour envisager la question sous toutes ses faces ; et le lecteur qui pourra en suivre la luxuriante série y trouvera, comme nous-même, véritable profit. Je ferai en sorte de n'omettre aucun nom dans l'index bibliographique ; plusieurs de ces travaux d'ailleurs, ceux de Voelker, élève de Demarquay, de Diday, élève de Lasègue, de Tixier, élève de Lorain, etc., etc., sont bien connus. Si toutes les questions *vraiment* importantes étaient ainsi creusées par nos laborieux élèves des hôpitaux avec cet *ensemble*, il en résulterait un grand progrès et un grand profit, *surtout* si l'habitude ne se répandait pas, de plus en plus, d'accroître outre mesure l'étendue de ces travaux trop souvent hors de proportion avec le point particulier qu'ils élucident, et dont la lecture devient extraordinairement laborieuse pour l'auteur consciencieux.

Malgré tout cela, malgré ces discussions brillantes, en dépit de ces efforts multipliés, en dépit du concours de tant de talents, la question, couronnée de fleurs oratoires, a, en fait, peu progressé. Les accidents secondaires de la blennorrhagie sont mieux connus, mieux décrits, détaillés, classés, localisés, divisés, jusqu'à la dernière minutie, mais

la notion réelle de l'affection, l'anatomie exacte des lésions, et, hélas! son traitement et sa prophylaxie, dont plusieurs, chose étrange, semblent se soucier médiocrement, sont encore à l'état rudimentaire. Espérons qu'à l'heure présente l'épreuve de la tribune ayant été insuffisante, on délaissera un peu la recherche de ce qui est insoluble dans l'état actuel de la science, pour s'attacher à l'étude plus exacte encore, et mieux faite, des faits, mais maintenue dans les limites régulières, et ramenée quelque peu dans la direction de la médecine pratique.

§ II.

Tout le monde convient uniformément aujourd'hui, *qu'il y a un rapport* à établir entre la blennorrhagie et certaines affections à forme rhumatismale; tout le monde reconnaît que, *chronologiquement*, le rapport s'établit de la blennorrhagie à l'affection rhumatismale, et que, généralement, c'est pendant la *période d'activité* des blennorrhagies uréthrales virulentes qu'il est le plus manifeste.

Tout le monde a pu constater que, *le plus ordinairement*, l'affection seconde (si on ne veut pas l'appeler encore secondaire), bien qu'elle conservât le cachet du rhumatisme, se présentait à l'observation avec des caractères *non pas* spécifiques, mais *spéciaux*, assez prononcés pour qu'à leur examen le médecin *expérimenté* fût porté à soupçonner chez le malade observé l'existence d'une blennorragie, alors même que celui-ci n'en parlait pas ou cherchait à la dissimuler. Voilà des faits acquis incontestables qui, en définitive, constituent le fond de la question, et dont la connaissance est d'une importance considérable en nosologie, en clinique, et dans la pratique médicale, au point de vue du pronostic de la blennorrhagie, du diag-

nostic différentiel des affections à forme de rhumatisme, et du pronostic particulier de celles qui se relient à la blennorrhagie.

Ce sont ces divers points de vue que nous allons envisager sans aucune idée préconçue, et avec la sobriété nécessaire en un sujet où tout est à revoir, et dont l'aspect actuel est essentiellement provisoire.

A) *Fréquence.* La fréquence absolue des manifestations rhumatismales de la blennorrhagie est assez grande ; il serait facile de la chiffrer avec exactitude si la statistique médicale était organisée dans nos hôpitaux, ou plutôt si nos hôpitaux étaient organisés pour la statistique ; on peut dire seulement qu'il ne se passe guère d'année sans qu'il n'en soit observé un ou plusieurs exemples dans chaque service d'hôpital ; et que chaque médecin, réellement occupé, peut aussi en rencontrer chaque année dans sa propre pratique. Mais, si les médecins veulent bien, remontant dans leurs propres souvenirs, se demander combien ils ont vu d'accidents à forme rhumatismale, *vraiment spéciaux*, *comparativement* au nombre des blennorrhagies qu'ils ont soignées, je ne pense pas que beaucoup me contredisent dans la proposition que je fais de ne pas évaluer à plus de 2 pour 100 la fréquence *relative* de l'affection. Il ne faut pas omettre de se rappeler que la blennorrhagie est une affection extrêmement commune (combien y échappent dans une certaine période de la vie ?) ; si alors on examine à quel faible degré, *relativement* à cette extrême fréquence, la blennorrhagie est en réalité féconde en accidents à forme rhumatismale vraiment spéciaux, on sera déjà dans une disposition d'esprit favorable pour comprendre que ces accidents sont presque une *exception* dans la blennorrhagie. Cela étant ainsi, il ne faut pas, en cette aventure, contempler *a priori* trop *exclusivement* la *cause blennorrhagique ;* il est nécessaire de consentir à se rappeler que la

blennorrhagie est une chose *variable* en sa nature, et c'est une chose absolument indispensable d'abaisser les yeux sur le sujet de l'observation, l'objet de l'affection, l'individu, le malade qui, ayant une affection de l'urèthre, d'une part, et une affection de régions éloignées, d'autre part, a en réalité une maladie dans l'acception propre du mot, maladie qu'il s'agit de déterminer.

Ces considérations ne tendent pas à corroborer l'opinion de Thiry (de Bruxelles), qui ne voit dans les accidents rhumatismaux de la blennorrhagie que le résultat de *coïncidences* survenant entre deux maladies très-communes l'une et l'autre ; si les accidents rhumatismaux de la blennorrhagie ne différaient pas des accidents rhumatismaux communs, l'argument aurait une valeur réelle, qu'il perd absolument de ce fait que les accidents dont il s'agit empruntent le plus souvent à la coïncidence *quelque chose* de particulier, qui les rend spéciaux sinon spécifiques, et non communs. Si l'on ajoute à cela, ainsi qu'a eu soin de le faire remarquer Alfred Fournier, que ces formes spéciales reparaissent souvent à plusieurs reprises chez un même sujet au cours de ses blennorrhagies successives (ce qui achève d'ôter toute valeur à la doctrine de la simple coïncidence), on pourra déjà formuler cette première proposition : *La blennorrhagie (et par ce mot seul on entend toujours blennorrhagie de l'urèthre) peut être accompagnée d'accidents à forme rhumatismale qui, sans être très-fréquents eu égard au nombre considérable de malades atteints d'uréthrite, sont cependant assez souvent observés, soit chez divers sujets, soit à plusieurs reprises sur le même patient, pour que l'existence d'un rapport quelconque, autre qu'un simple rapport de coïncidence, ne puisse être mise en doute.*

B) *Conditions étiologiques adjuvantes.* — Lorsque l'on recherche, chez les malades atteints d'accidents rhumatis-

maux liés à la blennorrhagie, quelles sont les circonstances qui auraient pu déterminer l'affection (que le sujet soit d'ailleurs ou non rhumatisant antérieurement, peu importe en ce moment), et la produire, autres que la blennorrhagie elle-même, on est forcé de reconnaître que les conditions *ordinaires* du développement du rhumatisme manquent assez souvent, ou au moins sont peu accentuées; Alfred Fournier a produit sur ce sujet des faits démonstratifs. Il est nécessaire, seulement, de reconnaître plus explicitement encore que ne l'a peut-être fait mon savant collègue et ami, que si les causes banales du rhumatisme, et notamment le froid, manquent effectivement dans bien des cas (non toujours cependant, *même pour les blennorrhagiques qui restent à domicile*, et qui souvent s'enveloppent de compresses froides, ou déambulent nuitamment, pieds nus, pour calmer le priapisme douloureux), la *fatigue physique* intervient encore assez fréquemment chez des sujets jetés dans cet état d'anémie particulier, de dépression nerveuse, propres à nombre de blennorrhagiques, et qui sont en outre privés, de par ordre médical, des *excitants toniques* habituels, dont ils ont besoin ou dont ils ont l'habitude.

Toutes ces conditions ne font pas le rhumatisme des blennorrhagiques, mais elles en facilitent singulièrement l'apparition; il ne faut pas les placer trop dans l'ombre durant une étude étiologique exacte; il ne faut pas les négliger tout à fait au point de vue pratique, dans les tentatives prophylactiques à opposer au développement de ces accidents, soit chez les sujets prédisposés, soit chez ceux que les conditions de la vie obligent à un labeur fatigant pendant le cours de leur uréthrorrhée. J'avais, il y a peu de temps, dans mes salles à l'hôpital Saint-Louis, un homme venu depuis quelques mois de province à Paris, pour y occuper une place de sergent de ville, échangeant

une existence d'ouvrier sédentaire contre une profession qui l'obligeait à passer la nuit dehors, et à faire des marches auxquelles il n'était pas habitué. Au milieu de ces circonstances particulières, et dans la période d'acclimatement, il contracte une *blennorrhagie* suivie bientôt d'un rhumatisme secondaire manifeste ; je ne mets pas en doute un seul instant la part d'influence qui revient à la blennorrhagie dans le développement de ces accidents; mais qui voudrait soutenir que si ce malade eût eu sa blennorrhagie dans les conditions ordinaires de son existence, s'il n'eût pas été surmené et exposé au froid dans les gardes de nuit, il eût eu néanmoins un rhumatisme blennorrhagique?

Si j'insiste sur ces faits, ce n'est en aucune manière pour diminuer la valeur rhumatogène de la blennorrhagie, mais pour m'inscrire contre l'exagération qui consiste à présenter cette influence de la blennorrhagie comme trop indépendante des circonstances accessoires, adjuvantes, lesquelles, certainement, ne font pas à elles seules l'affection secondaire, mais qui y apportent un secours, sans lequel elle ne se serait peut-être pas développée. Il ne suffit donc pas de prescrire à un sujet atteint de blennorrhagie une hygiène destinée seulement à combattre l'affection de l'urèthre; il faut, en outre, l'avertir que, pouvant être, éventuellement, exposé à un rhumatisme auquel le prédispose la blennorrhagie, il doit se prémunir, dans la mesure de ce qui est possible, contre la fatigue excessive, le froid, non moins que contre l'anémie et la débilitation qu'amène si souvent après elle cette affection, par suite de l'action combinée de la dépression morale, de situations souvent difficiles, d'un régime et d'un traitement trop débilitants, prescrits par le médecin et exagérés par le malade.

Ces diverses influences, celles du froid surtout, sont

repoussées systématiquement dans des travaux récents, par des auteurs qui pensent que cette circonstance bien constatée de l'action du froid, parce qu'elle est propre au rhumatisme franc, diminuerait la spécificité excessive qu'ils veulent affecter au rhumatisme blennorrhagique. Mais il suffit de lire les faits recueillis par les observateurs que cette préoccupation n'a pas détournés de la réalité, pour trouver des preuves incontestables de l'action manifeste du froid dans le développement du rhumatisme secondaire en général, du rhumatisme blennorrhagique en particulier, et je me plais à renvoyer sur ce point le lecteur au travail si consciencieux de Voëlker, dans lequel les faits sont interprétés sans parti pris. Qu'est-ce à dire d'ailleurs, et depuis quand l'intervention d'une cause extérieure, favorisant le développement d'une affection sous l'imminence de laquelle est placé le sujet, a-t-elle changé en quoi que ce soit la valeur spécifique de cette affection? Est-ce qu'au milieu d'une épidémie de choléra, de fièvre typhoïde, un écart de régime, un excès alimentaire, une fatigue excessive, une dépression morale violente, qui n'ont rien en soi de plus spécifique que le froid à l'égard du rhumatisme, n'ont pas une valeur considérable, une action incontestable dans le développement de la maladie spécifique chez les individus qui sont soumis d'autre part à son influence?

Il faut ajouter que certaines différences *semblant* exister, au point de vue de la fréquence des accidents blennorrhagiques selon divers pays, ou selon diverses races, sont bien propres à établir la réalité du rôle des conditions extérieures. En Italie, où la blennorrhagie n'est malheureusement pas plus rare qu'ailleurs, le rhumatisme blennorrhagique serait chose presque inconnue (Voëlker). Aux Antilles (régions intertropicales), où l'on connaît à peine le *rhumatisme articulaire*, ainsi que je l'ai établi (*art. cité*,

p. 461), la blennorrhagie est incontestablement fréquente chez le blanc, le nègre, le mulâtre, le coolie du Bengale; et cependant, d'après les renseignements que j'ai recueillis, le rhumatisme blennorrhagique, le rhumatisme secondaire y serait aussi inconnu que le rhumatisme franc des articulations. Saint-Vel, qui a bien voulu me fournir sur ce point les détails les plus circonstanciés, m'a déclaré qu'il ne les y avait jamais observés, bien que son attention fût fortement éveillée sur le fait si remarquable du peu de fréquence du rhumatisme articulaire en général. Toutefois cet observateur aussi consciencieux que savant m'a fait observer à titre de réserve, qu'à l'époque où il exerçait la médecine aux Antilles, l'attention des médecins n'était que peu appelée sur le rhumatisme blennorrhagique, et que quelque chose avait pu lui échapper de ce chef.

Pour pouvoir apprécier l'influence des *saisons* sur le développement du rhumatisme blennorrhagique, il faudrait au préalable savoir, on le concevra aisément, à quelles périodes saisonnières correspondent les *maxima* de fréquence de la blennorrhagie elle-même ; or les tentatives déjà faites pour dénombrer ces rapports sont tout à fait insuffisantes.

Même observation au sujet de l'action des *constitutions médicales* qui n'a pas été étudiée sérieusement ; et inutile d'ajouter qu'il n'y a pas de blennorrhagie épidémique, bien qu'on ait produit plusieurs relations dont j'ai donné l'indication dans la bibliographie à titre de renseignement ; mais aucune conclusion précise ne peut être recueillie de l'observation et des relations incomplètes dont il s'agit.

La condition sociale apporte-t-elle quelque action dans le développement des accidents rhumatismaux chez les blennorrhagiques? Je suis porté à répondre par l'affirmative. Le rhumatisme des blennorrhagiques n'est, à la vérité, pas très-rare dans la pratique civile, mais n'est-il pas

plus fréquent encore dans la pratique nosocomiale? Cela me semble probable, bien que je n'en puisse fournir aucune démonstration; et je ne pense pas que l'on puisse contester que de deux sujets supposés égaux devant la blennorrhagie, celui qui sera soumis à des fatigues, à des excès, déprimé moralement et surmené physiquement, ne soit plus exposé aux accidents rhumatismaux que celui qui sera placé dans les conditions opposées.

L'*âge*, le *sexe*, n'ont d'autre action que celle que comportent leurs rapports avec la fréquence de la blennorrhagie; ce sont les jeunes sujets du sexe masculin qui sont naturellement les victimes désignées du rhumatisme blennorrhagique; mais ceux qui prennent l'uréthrite contagieuse sur le tard n'en sont pas exempts; j'en ai vu de très-cruels exemples.

Plusieurs auteurs ont considéré l'*orchite blennorrhagique* comme une manifestation analogue à celle des articulations, et comme plaçant les sujets qui en sont atteints sous l'imminence spéciale de l'arthrite. Il n'est pas nécessaire de faire remarquer, en réponse à cette opinion, que l'orchi-épididymite blennorrhagique peut être comparée à l'arthrite dans une certaine mesure seulement et que l'on peut toujours invoquer la transmission par continuité de tissu pour la localisation épididymaire; en fait, l'orchite et l'arthrite blennorrhagiques ne coïncident pas plus souvent que ne le comporte la fréquence respective de chacune de ces deux manifestations de la blennorrhagie.

C) *Conditions pathogéniques*. I. — Pourquoi donc la blennorrhagie, étant si manifestement la véritable cause productrice des accidents à forme rhumatismale dont nous nous occupons, les crée-t-elle en réalité avec cette rareté relative que nous avons signalée? C'est assurément qu'elle n'agit pas *aussi isolée* qu'elle *semble* l'être, et qu'elle a besoin, *en dehors* d'elle-même, de *quelque chose* d'adju-

vant, sinon plus, quelque chose que nous touchons presque du doigt chez ces sujets, privilégiés si regrettablement, qui contractent *un grand nombre* de chaudepisses successives (sujets incorrigibles d'ailleurs, pour le dire en passant), et qui, à chaque fois ou à peu près qu'ils prennent une uréthrite, cumulent la blennorrhagie et le rhumatisme.

Il faut donc, en général, pour être justiciable du rhumatisme *spécial,* qu'un sujet blennorrhagique soit prédestiné par sa nature propre, ou prédisposé par quelque condition accidentelle? Oui, assurément, cela n'est pas contestable, et cela est peu en rapport avec la très-ingénieuse théorie de mon savant et cher ami Féréol, qui avait proposé d'admettre l'existence d'une *diathèse blennorrhagique* spéciale, ayant ses accidents secondaires à la manière de la syphilis. Si cela était, pas ne serait besoin, plus dans celle-là que dans celle-ci, de prédisposition individuelle, les maladies virulentes à accidents secondaires à distance ou immédiats ne connaissent pas ces obstacles, et ne réclament pas ce consentement organique ou individuel.

Une première hypothèse bien simple se présente : cette prédisposition n'est-elle pas le rhumatisme virtuel, l'arthritisme déterminé ou indéterminé qui existe chez un grand nombre de sujets? Très-souvent cela n'est pas douteux; mais dans beaucoup de cas cela reste un problème. Alfred Fournier, Quinquaud et divers auteurs encore ont certainement dépassé l'expression de la réalité en mettant à peu près complétement de côté cette *condition prédisposante;* mais quelques autres l'ont également outrepassée, en admettant *a priori* comme constante chez tous les arthroblennorrhagiques la *préexistence* d'un état de rhumatisme. Il n'est pas plus difficile peut-être de rencontrer un blennorrhagique de constitution arthritique exempt de rhumatisme secondaire, qu'un blennorrhagique exempt d'arthritis frappé d'accidents rhumatismaux. Je reconnais

donc que cette condition prédisposante n'est ni constante ni nécessaire, ni toujours efficace en fait, mais je n'hésite pas à affirmer qu'elle est une des plus communes, la plus commune de celles que nous pouvons entrevoir, et j'en appelle ici formellement de l'expérience passée à l'expérience à venir, affirmant que la plupart des observations recueillies jusqu'ici avec le plus de soin par un grand nombre d'observateurs, ne sont pas concluantes. La recherche réelle des antécédents, la qualification de l'état constitutionnel d'un sujet, ne sont pas toujours chose facile, et ne se peuvent conclure par quelques questions posées à la hâte, pour savoir si le malade a eu, ou non, du rhumatisme articulaire, ou s'il y en a eu dans sa famille. A l'hôpital, beaucoup de sujets sont, sous ce rapport, très-conciliants, se défendant à la visite du soir (si l'observateur de la première heure ne croit guère à cette influence) d'avoir jamais été rhumatisants, pour accorder le lendemain à la visite du chef de service, qui recherche activement le rhumatisme chez le malade ou dans sa lignée, que lui et tous les siens sont perclus. A parler sérieusement, l'étiquette de rhumatisant ou de non-rhumatisant ne doit être attachée à un malade qu'après avoir, dans une enquête suffisante, recueilli une notion des conditions héréditaires, de la profession, de l'âge, des maladies antérieures (combien ont eu une arthritide cutanée, de la chorée, des migraines, des angines répétées, etc., qui croient fermement n'avoir jamais été rhumatisants), des caractères physiques qu'il présente actuellement, de l'état des collatéraux, des descendants, s'il y en a, etc. Cela assurément est long à rechercher, fastidieux, malaisé, complexe, mais il le faut absolument faire. L'état constitutionnel des rhumatisants blennorrhagiques a besoin d'être étudié à nouveau par des observateurs compétents et autorisés; et si l'un des habiles médecins actuels de l'hôpital

du Midi, qui manie avec tant de succès la statistique médicale dans les recherches de vénéréologie, voulait bien, pendant quelques années, faire une enquête sur ce sujet qu'il possède en maître, il rendrait un service signalé à cette partie de la science.

Cette enquête nouvelle est nécessaire à tous égards, car les résultats les plus contradictoires sont fournis par les auteurs ; quelques-uns, et je suis de ce nombre, affirment qu'il n'est pas rare de trouver le rhumatisme constitutionnel, les caractères de l'état arthritique, ou l'hérédité arthritique chez les blennorrhagiques rhumatisants ; d'autres dénient absolument cette préexistence, à ce point, que si on les croyait, il suffirait de n'avoir aucune tare rhumatismale pour devenir rhumatisant blennorrhagique.

II. — Renfermée dans les limites bornées, bien qu'incomplétement déterminées, où je la crois circonscrite, la question des rapports à établir entre le rhumatisme virtuel, l'athritisme indéterminé, et les accidents à forme rhumatismale des blennorrhagiques, conserve un grand intérêt pratique qui s'augmentera certainement sous l'action d'enquêtes nouvelles, plus précises et plus sûres. Ces rapports, d'ailleurs, dont il reste à fixer le degré ou la fréquence, acquièrent, dans quelques exemples relatifs à des sujets profondément athritiques (hérédité rhumastimale ou goutteuse), une évidence extrême. Il y a de longues années déjà, il m'a été donné à moi-même d'observer à plusieurs reprises, et de soigner momentanément le jeune malade atteint de rhumatisme blennorrhagique dont Guéneau de Mussy a apporté en partie l'observation si remarquable, en même temps que de constater la manifestation ultime de l'état constitutionnel chez le père de ce sujet. Cette observation est capitale dans l'histoire du rhumatisme blennorrhagique, et il faut la résumer ici : Père athritique, ayant eu pendant plusieurs années, au printemps, des iritis pério-

diques qui avaient remplacé des lumbagos également périodiques, firent place à d'autres manifestations, et se terminèrent par une affection cardiaque et des accidents cérébraux ultimes. Fils ayant eu trois blennorrhagies, accompagnées chaque fois d'attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé, compliquées chaque fois d'irido-choroïdites extrêmement graves, mais qui guérirent, « malgré le pronostic fatal d'un célèbre oculiste. » Deux fois, ultérieurement, à l'occasion de *refroidissements*, mais SANS BLENNORRHAGIE, les mêmes accidents graves se reproduisirent et se terminèrent par la guérison.

Je n'ai à retenir, pour le moment, de ce fait important, que l'évidence de l'action considérable de l'état athritique héréditaire sur la facilité à contracter des blennorrhagies et sur l'intensité des accidents rhumatismaux ; les deux *récidives* de ces accidents (des *mêmes* accidents, il ne faut pas l'oublier), sous l'influence de refroidissements manifestes et sans blennorrhagie nouvelle, pourraient être légitimement invoqués, pour affirmer l'identité des accidents blennorrhagiques et rhumatismaux ; mais je suis le premier à reconnaître qu'ils pourraient être déclarés, non des *récidives*, mais bien des *rechutes*, car Brandes a eu certainement raison d'affirmer que chez les sujets ayant déjà eu du rhumatisme blennorrhagique, la permanence d'une uréthrite latente (le plus ordinairement avec rétrécissement), ne devait pas être oubliée, et qu'il en fallait tenir compte dans l'interprétation. C'est d'ailleurs une proposition analogue à celle que j'ai avancée à l'égard du rhumatisme en général, dont les récidives, dans toutes ses formes, ne sont souvent que des rechutes, et que l'on peut appliquer aussi aux arthropathies comme à l'uréthrite, les unes et les autres laissant dans les tissus atteints des vestiges en apparence éteints, mais qu'une circonstance excitante peut ranimer et rendre de nouveau apparents.

Il n'est pas inutile d'ajouter que c'est surtout chez les *rhumatisants* qu'on observe les affections blennorrhagiques abarticulaires des yeux, des muscles; des douleurs erratiques; la dyspepsie, et la *cachexie* arthroblennorrhagiques (Lambron).

III.—Alors même, d'autre part, que le sujet ne serait pas rhumatisant, s'il est d'ailleurs dans quelques-unes de ces conditions organiques défectueuses qui constituent la base *commune* de toutes les maladies constitutionnelles, il ne serait pas impossible que la blennorrhagie *créât* chez lui un état rhumatismal particulier, qui serait au rhumatisme vulgaire ce que la dyscrasie urique de l'intoxication plombique, de quelques affections cérébrales, etc., est à l'état du goutteux proprement dit. Que l'on veuille bien rechercher chez plusieurs sujets devenus rhumatisants, soit à l'occasion d'une blennorrhagie, soit postérieurement à celle-ci, ce qui advient dans le cours ultérieur de leur existence, et chez ceux-là surtout qui ont conservé des *blennorrhées* interminables, on ne trouvera souvent d'autre cause probable, d'autre porte d'entrée du rhumatisme, que cette blennorrhagie antérieure.

C'est assurément chose fort délicate que de faire remonter le rhumatisme de l'âge adulte au blennorrhagisme de la jeunesse, surtout quand celui-ci ne s'est pas accompagné d'accidents rhumatismaux. Mais je ne vois aucun inconvénient à faire cette recherche le cas échéant, et à s'enquérir des antécédents génitaux, chez les sujets qui ont du rhumatisme à l'âge adulte seulement, sans condition originelle bien apparente. Si les blennorrhagiques rhumatisés ne sont pas, comme le pensent plusieurs auteurs, de vrais rhumatisants ni par hérédité, ni du fait de leur arthroblennorrhagisme, ils ne doivent pas souvent montrer d'accidents rhumatismaux dans le cours de leur existence. C'est là un point sur lequel on pourrait peut-être, avec un peu de persévérance, s'éclairer quelque peu. Ce n'est donc pas

exclusivement l'arthritisme primitif préexistant qu'il y a lieu d'envisager ici, mais encore l'arthritisme secondaire ultérieur qu'il faut étudier pour embrasser réellement tous les éléments de cette question.

Après l'arthritisme, toutes les maladies constitutionnelles peuvent ici être invoquées comme conditions prédisposantes, et au premier rang le lymphatisme et le scrofulisme, puis ce que l'on appelle la dartre, l'herpétis, et assurément encore d'autres états constitutionnels qui nous échappent. Et cependant tant nous apparaît encore confusément la notion de ces choses, que tout cela demeure insuffisant ; il est nécessaire, pour que la conception s'étende au moins à tous les cas comme simple constatation, de reconnaître qu'il faut toujours une *opportunité morbide* particulière, le même sujet n'ayant pas, nécessairement, un rhumatisme blennorrhagique toutes les fois qu'il a une blennorrhagie.

Si nous résumons ce qui a été dit à la suite de la première proposition que nous avons formulée, nous pourrions ajouter : *Les accidents à forme de rhumatisme qui succèdent aux blennorrhagies de l'urèthre ne reconnaissent, ou au moins ne laissent reconnaître, dans le plus grand nombre des cas, aucune autre cause déterminante plus positive que la blennorrhagie ; quelques conditions adjuvantes, le refroidissement, la dépression physique et morale, la fatigue, doivent intervenir parfois. Il est vraisemblable que les sujets entachés d'une maladie constitutionnelle plus ou moins latente, l'arthritis notamment, mais non exclusivement, sont plus particulièrement prédisposés ; il est certain que l'opportunité morbide est toujours nécessaire, et rien n'autorise à comparer les accidents consécutifs à forme rhumatismale spéciale de la blennorrhagie, aux accidents secondaires proprement dits, spécifiques, des maladies ou des affections virulentes.*

D) *Mécanisme pathogénique.*—Sans se préoccuper de ce que nous ignorions très-généralement *comment* un grand nombre des causes morbides de tout ordre produisaient leurs effets, on a essayé de résoudre catégoriquement la question de savoir par quel mécanisme la blennorrhagie donnait lieu aux accidents rhumatismaux consécutifs, et l'on a invoqué la *métastase* (Selle, Swédiaur et beaucoup d'autres), la *sympathie organique* (en dernier lieu, Rollet), l'*action réflexe* (Fournier), l'*absorption du principe virulent* de la blennorrhagie (de Castelnau), l'*infection pyémique*, la résorption, « l'absorption lente du pus à la surface des muqueuses enflammées et l'*empoisonnement pyohémique du sang* qui en résulte » (Emile Diday, élève de Lasègue).

Aucune de ces conceptions n'a pu rallier autour d'elle une majorité consistante, aucune n'a pu s'imposer : je ne pourrais, en combattant ici ces diverses hypothèses, que refaire avec infiniment moins de talent (bien qu'avec autant de conviction), la réfutation brillante et hautement médicale qui a été développée par Péter en 1867 devant la Société médicale des hôpitaux, à laquelle j'engage vivement le lecteur à se reporter (voy. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. IV, 2e série, année 1868, p. 43 et suiv.). La théorie, soutenue par Lasègue, de la résorption, et d'une altération du sang produite secondairement, qui tiendrait les manifestations rhumatismales sous sa dépendance, ne laisse pas que d'être séduisante, mais elle ne peut s'appuyer vraiment que sur des études hématologiques directes qui font encore défaut, et il resterait toujours à déterminer pourquoi cette résorption, en réalité si rare chez la généralité des blennorrhagiques, est si assurée chez quelques-uns.

(*A suivre.*)

DES MALADIES DE LA PEAU QU'IL EST DIFFICILE DE SPÉCIFIER ET DE CLASSER, par le Dr DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

M. le professeur Hardy, en inaugurant son cours de clinique à l'hôpital Necker, a exprimé avec grande raison « combien l'enseignement de la pathologie, dans laquelle la maladie est envisagée d'après un type abstrait et complet, diffère de la clinique qui, au lieu d'espèces déterminées et nettement circonscrites, ne montre le plus souvent à l'observateur que des individualités plus ou moins diverses entre elles et présentant rarement le tableau complet tracé par le pathologiste. » Il ne peut en effet en être autrement, puisqu'on a pu dire que le médecin, vivrait-il deux cents ans, il ne lui est pas donné dans le cours de sa vie de voir deux maladies exactement identiques. Nous ne voyons que des individualités morbides diversement nuancées, comme nous voyons des figures différentes que modifient encore à l'infini l'âge, le sexe, la diversité des constitutions, la différence des habitudes, celles du climat, du régime alimentaire, de l'hérédité, des professions, etc. Le médecin ne doit donc pas être seulement un pathologiste savant, mais aussi un artiste sagace et prudent. Trousseau l'a dit : La médecine est à la fois une science et un art. La science lui est indispensable, comme l'est une palette bien pourvue au peintre. Mais pour s'en servir habilement il faut qu'il ait beaucoup vu, beaucoup expérimenté, beaucoup pra-

tiqué. Le même coup d'œil qui assure au peintre l'à-propos, l'assurance de son pinceau, c'est l'expérience, c'est la pratique, ainsi du médecin ! Et malgré beaucoup de science et d'art, les hommes à la fois les plus savants et les plus expérimentés hésitent souvent dans cette infinité de nuances que leur montre la maladie. C'est ce qui justifie ce que l'on a dit tant de fois, que la science hésite plus que l'ignorance. L'ignorance commence avec audace et finit avec témérité.

Faut-il que des maladies de la peau qui se montrent à nos yeux dans leurs phases et phénomènes les plus évidents soient celles qui sont souvent le plus difficiles à reconnaître ou à spécifier ? La principale raison en est que la plupart des dermatoses, sinon toutes, ne sont que l'efflorescence, la manifestation extérieure d'une cause interne générale, *totius substantiæ*. Ce qui donnera éternellement raison à mon illustre maître qui les a classées d'abord suivant leur nature, c'est-à-dire suivant le principe pathogénique dont elles dépendent.

Quoi qu'il en soit, un exemple frappant de cette difficulté de reconnaître cette nature morbide, ce principe générateur, cause primordiale de la maladie, vient d'être donné à l'Académie de médecine. Trois observateurs et cliniciens consommés, MM. Devergie, Hardy et Hillairet, n'ont pu s'accorder pour déterminer le classement d'un cas de maladie de la peau, au sujet d'une malade que M. Després avait soumis à l'examen de la savante assemblée, et sur laquelle nous constaterons tout aussitôt que le nom de lèpre, si malheureusement transposé par Willan, a repris devant le docte aréopage son ancienne et légitime place. On n'a pas osé devant tous ces patriciens de la médecine prononcer les noms d'éléphantiasis des Grecs et des Arabes, termes à la fois insuffisants et encombrants, parce qu'on ne peut, dans ces deux genres, embrasser toutes les maladies qui

peuvent se rapporter à cette espèce, et en les dénommant ainsi, l'esprit reste incertain, si chacune de ces maladies est propre à l'une de ces nations ou si ce sont les médecins de ces contrées qui ont décrit les premiers ces sortes d'affections. Pourquoi donc ces équivoques, et ne pas suivre Alibert qui a judicieusement fait un groupe de maladies lépreuses renfermant différentes espèces, et adopter le mot léontiasis qui vaudrait mieux qu'éléphantiasis pour désigner la lèpre tuberculeuse, parce qu'il exprimerait autant la gravité, l'énormité de la maladie et mieux l'aspect de la physionomie de ce genre de malades qui, par leurs tubercules à la face, ressemblent plus particulièrement au lion ? De même que l'expression d'éléphantiasis représente parfaitement à l'esprit la jambe et le pied de l'éléphant, lorsque cette autre espèce affecte la jambe, hypertrophie son tissu cellulaire, efface les orteils, et donne tout à fait à ce membre l'aspect de ceux de l'énorme pachyderme.

Quoi qu'il en soit, on ne parle plus à l'Académie d'éléphantiasis, M. Devergie affirme que le cas dont il s'agit est une lèpre, M. Hardy hésite, et M. Hillairet soutient que ce n'est qu'une affection scrofuleuse ou syphilitique, attendu que la malade guérira. S'il en est ainsi, M. Hillairet a raison, parce que jusqu'à ce jour il n'y a pas d'exemples de guérison d'aucun genre de lèpre. Mais M. Devergie répond avec plus de justesse que cela n'est pas probable, puisque la malade en est atteinte depuis sept ans et qu'au lieu de voir son affection s'amender, elle s'aggrave et surtout par des phénomènes de la gangrène qui lui a déjà emporté des phalanges, ainsi qu'on l'observe dans les maladies lépreuses.

Malgré ces faits et raisons, serait-ce vrai que la lèpre est une maladie exclusive aux climats chauds du Nouveau-Monde et de l'Inde, qu'elle ne peut se développer en France,

et que toutes les espèces qu'Alibert a admises et décrites ne sauraient être des lèpres? Que sont-elles alors? Quels seraient les motifs qui ont pu égarer ainsi ce grand maître? Dans quel ordre, dans quelles classes, M. Hillairet placerait-il les maladies que l'illustre père des dermatoses a figurées et décrites? M. Devergie a déclaré avec beaucoup de justice et une noble indignation qu'il ne ferait pas cette injure à Alibert qui « était un homme de grande valeur et incapable de commettre les erreurs que lui reproche M. Hillairet; car il a pu dire justement de lui qu'il était le grand peintre des maladies de la peau. » (*Séance de l'Académie de médecine*, 28 mars 1876.)

Mais, comme la suite prouvera qui a eu raison sur l'affection de la malade de M. Desprès, parce que nous espérons que l'Académie nous fournira plus tard son histoire complète, arrêtons-nous surtout à cette assertion de M. Hillairet, que la lèpre n'est pas une maladie de nos climats européens. Rappelons d'abord que « Vidal, Valentin et Fodéré l'ont vue aux Martigues et à Vitrolles; Delpech assure qu'elle se montre fréquemment dans le Roussillon, surtout dans les environs d'Elsne. Reste à déterminer si elle a pris naissance dans ces localités, ou si elle a été apportée et propagée par hérédité. La même incertitude règne sur l'origine de l'éléphantiasis observé dans les plaines de l'Aragon. » (Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 305.)

Alibert, qui a reproduit une observation de lèpre tuberculeuse recueillie à Vitrolles par Valentin (*Monographie des dermatoses*, in-8°, t. II, p. 291), me parlait souvent de cet observateur, de Fodéré qui avait pratiqué aux Martigues et des lépreux de cette partie de la Provence pour exciter ma curiosité et aller visiter ces contrées. Nous nous y rendîmes avec mon illustre maître et digne ami, le professeur Gerdy, en 1833, époque où il vint passer un

hiver chez moi, à Valensole, pour se reposer des fatigues du concours qui venait de le couronner et améliorer sa santé qui commençait d'être menacée des premiers symptômes de la maladie qui a emporté ce savant chirurgien. Nous nous rendîmes d'abord aux Martigues et ne crûmes pouvoir mieux faire que de nous adresser aux médecins de la localité. Celui des Martigues, jeune d'ailleurs, soit qu'il ne voulût pas déplaire à ses clients, soit qu'il n'eût vu encore aucun cas de cette maladie dans ce pays, parut comme étonné de nos questions et de nos recherches, il eut l'air de craindre que nous fussions des inquisiteurs. Il n'en fut pas de même du vieux chirurgien de Vitrolles, qui nous dit avoir connu Valentin et pouvoir nous montrer quelques familles lépreuses, « quoique ce soit, nous dit-il, leur faire beaucoup de peine, que d'aller les voir et les interroger sur ce qu'ils regardent comme une honte et une grande calamité; d'ailleurs, je ne puis vous faire voir en ce moment aucun individu atteint de la maladie. Le mal n'apparaît pas inévitablement et fatalement, poursuivit-il, sur chacun d'eux ; le principe paraît résider dans leur constitution, mais il faut une cause déterminante pour le développer. Le dernier malade que nous ayons eu était une fille qui tomba dans un puits. Par l'effet de l'émotion, de la commotion ou des blessures qui en résultèrent, la maladie se développa et elle est allée mourir l'an passé dans un des hôpitaux de Marseille. »

Voilà donc, d'après Fodéré, Valentin et le vieux chirurgien de Vitrolles, la lèpre bien évidemment développée en France ! Que le germe doive en être rapporté à l'époque des croisades, comme la tradition le porte ; toujours est-il qu'il n'est pas éteint et qu'il traverse des siècles dans l'organisme humain. Toutefois, il s'agit ici de l'éléphantiasis des Grecs ou mieux du léontiasis d'Arétée, c'est-à-dire de la lèpre tuberculeuse; mais les Grecs n'admettaient-ils que

cette espèce de lèpre, et en fait de lèpre n'y aurait-il que l'éléphantiasis des Grecs et des Arabes dans lesquelles veulent se limiter les Willanistes et, probablement, M. Hillairet? Hippocrate a cependant parlé, en outre de la maladie phénicienne, qu'on croit devoir rapporter à la lèpre tuberculeuse, d'une autre lèpre, la λεύκη; puis Hérodote dit : λέπρη ἢ λεύκη. (Rayer, *ibid.*, p. 312.)

N'était-ce pas une lèpre, ce cas que j'ai rappelé ailleurs et qu'Alibert nous a montré pendant plusieurs années dans ses cours, qu'il confia particulièrement à mes soins, que j'ai autopsié et dont j'ai conservé assez longtemps une main dans l'alcool? Il n'y avait point de tubercules, la peau des bras, des avant-bras, du dos de la main, des membres inférieurs, moins sur le torse, point à la figure, montrait tantôt de grandes écailles très-adhérentes, tantôt plus fines et surtout très-blanches. On n'observait point de cercles, ni de dépressions particulières, mais des plaques irrégulières, et lorsque les écailles tombaient, elles se reproduisaient très-lentement. Mais à la fin de la maladie, elles laissaient à nu des ulcères saignants, ichoreux, à fond amarante. Ce Français avait voyagé, il est vrai, dans le Nouveau-Monde, mais ce n'était que longtemps après son retour en France que sa maladie s'était manifestée. D'ailleurs, même avec ses écailles, il se porta assez bien pendant plusieurs années, puisque Alibert le faisait venir de la ville pour le montrer à ses cours, et ce ne fut qu'en dernier lieu que son état général fut atteint, que l'inappétence se montra, que la diarrhée survint, que son émaciation fut extrême, sa faiblesse telle qu'il ne put quitter le lit. Dans ce marasme que rien ne put relever, l'action seule de s'appuyer sur les coudes pour se relever ulcéra la partie postérieure de l'articulation, jusqu'à ce que la synoviale fut ouverte et qu'on voyait le fond de cette articulation huméro-cubitale. Cependant il résista ainsi quelque temps avec ces étranges ulcérations,

d'une couleur véritablement amarante, comme l'a indiqué notre maître pour ce genre de maladies. Il ensanglantait son lit, car ses ulcérations produisaient non pas du pus, mais de la sanie ; tout cela sans se plaindre de douleurs, tellement ces plaies, qui s'agrandissaient toujours plus par le frottement des draps de lit, étaient insensibles.

A-t-on vu des syphilis ou des scrofules de ce genre ? A quoi peut-on rapporter une telle affection, si ce n'est à la leuce d'Hippocrate, puisque ces écailles étaient blanches et très-blanches, et que la maladie s'est terminée par tous les phénomènes ulcéreux de la lèpre? de telles écailles ne pouvaient être assimilées, ni à celles de la squameuse humide, ni à celles de la lichénoïde, ni à celles du pemphigus, de l'ichthyose, encore moins aux furfures d'aucun herpès, et sa terminaison à aucun genre de ces maladies.

Ce mode lent d'ulcération, la couleur des plaies étaient très-analogues aux ulcères de la lèpre tuberculeuse. Une fois manifestées aussi, elles ne se cicatrisaient plus. C'est du moins ce que j'observai chez un jeune Américain qui me fut adressé par un confrère de Genève, et qui vint mourir à Manosque à la suite d'une dyssenterie qui fut très-commune dans l'été de cette année-là. Sur ce malade, l'affection avait commencé par des tubercules au visage et aux oreilles, mais peu saillants, et ne s'étant ulcérés qu'aux jambes. Dans le cas précédent, il n'y avait pas, préalablement, comme dans celui-ci, d'hypertrophie dermique ; la peau ne paraissait pas trop hyperémiée, si ce n'est à la fin de la maladie lorsque les ulcérations se montrèrent sous les squames. Alors le corps muqueux reproducteur de cette sorte d'épiderme morbide était détruit, le chorion était à nu. Quant à celles des coudes, elles ne furent si profondes que par l'effet de la pression et de l'excoriation contre la résistance du lit et le tissu des draps, comme on le voit au sacrum dans les fièvres graves. Seulement l'état anato-

mique sur lequel veut s'appuyer M. Hillairet n'était pas identique à ces cas de gangrène; on ne voyait pas de tissus sphacélés ou des détritus moléculaires, comme dans l'esthiomène. Ses tissus étaient toujours rouges, sa chair vive, à nu, saignante, se détruisant par usure. Ils se fondaient en sanie, car ce n'était jamais de la suppuration qu'ils produisaient.

A ce titre et par cette analogie de phénomènes on pourrait rapprocher de la lèpre le cas suivant. Il y a une vingtaine d'années, je fus appelé par un paysan d'une campagne de Saint-Michel, village entre Forcalquier et Manosque. Cet homme, d'environ trente ans, avait eu une double pleurésie, traitée comme toujours par la routine ordinaire avec force vésicatoires, et il en était résulté de telles adhérences dans ses plèvres, que sa poitrine était aplatie de la plus étrange manière, on eût dit une planche. De là résultait la plus pénible respiration. Il faisait peine à voir lorsqu'il voulait exécuter le plus petit mouvement, car il éprouvait alors les plus grandes angoisses et la plus horrible dyspnée. Sa respiration s'exécutait seulement et très-imparfaitement par le diaphragme, car ses côtes étaient absolument immobiles. C'était surtout pour cette affreuse et incurable infirmité qu'il me faisait appeler; il ne me parla que secondairement de petites tumeurs dont son corps et ses membres étaient parsemés depuis deux ans, à la suite de l'affection de poitrine qui l'avait retenu quelques mois au lit avec la fièvre. Ces tumeurs indolentes variaient du volume de la moitié d'une olive à celui de la moitié d'une noix, j'entends ces fruits coupés par moitié selon leur longueur, car ces tumeurs étaient presque toujours un peu oblongues ; elles étaient un peu plus brunes, fauves, que la peau qui l'était déjà assez, quoique le malade ne travaillât plus depuis longtemps au soleil ; elles étaient molles, mais nullement fluctuantes. On aurait pu dire d'elles, ce que les

anciens disaient de celles de l'éléphantiasis, *lepra carnis*, par opposition à ce qu'ils disaient de la leuce, *lepra cutis*. Ces tumeurs, qui persistaient sans occasionner la moindre douleur, soit lors de leur apparition, soit en les touchant, en les serrant, finissaient par s'ulcérer à leur partie la plus saillante et toujours sans bourgeonner, ce qui, il me semble, les rapprocherait de la lèpre. L'ulcère paraissait s'effectuer aussi par usure, aux frottements des vêtements ou des draps de lit, toujours grossiers chez les paysans. Souvent il en découlait une sanie, mais en petite quantité, qui, sur quelques-unes, se concrétait en croûtes, d'autres fois coulait en filets qui se solidifiaient aussi. Mais le malade avait la diarrhée, la langue rouge, luisante, carminée, dépouillée de son épithélium ou recouverte de l'*oïdium albicans*, qui tombait pour se renouveler encore ; il ne pouvait plus supporter la nourriture et succomba bientôt dans le marasme, ce qui ne me permit que de le visiter trois fois.

J'avoue que je ne sus comment nommer cette affection cutanée; ma première pensée fut de la rattacher à la scrofule, mais d'ordinaire les abcès froids sont plus volumineux, sans changement de couleur à la peau, et contiennent un liquide séreux purulent. D'ailleurs, ce malade dans son enfance n'avait eu ni achores fluents, ni ganglion cervical engorgé et suppurant, ni coryza acrimonieux. Sa mère vivait encore et était une robuste paysanne. Nul indice de scrofule ne me fut signalé chez le père qui, me dit-on, était mort d'une maladie aiguë et rapide. Je suspendis mon diagnostic sur la nature de cette affection, comme je le suspendrais encore si les quelques paroles que M. Devergie a prononcées à l'Académie ne m'encourageaient à incliner aujourd'hui pour une sorte de lèpre de nos climats. Cependant cela en toute réserve et en soumettant aux habiles dermatologistes qui ont soulevé cette question, si la lente

asphyxie qu'éprouvait depuis longtemps ce malade n'était pour rien dans ses phénomènes cutanés, et si la viciation qu'a dû en ressentir l'hématopoèse n'avait pas pu rapprocher son affection de celle des maladies lépreuses.

D'autant qu'on ne peut disconvenir que soit les tumeurs pleines (lepra carnis), soit le mode d'ulcération, la terminaison de la maladie la rapprochassent de ce que tout le monde reconnaît dans les phénomènes du léontiasis, soit lèpre tuberculeuse. Enfin, de même que M. Devergie, je serai autorisé à ranger cette affection dans le groupe des maladies lépreuses, en procédant par voie d'exclusion, puisque je ne puis la classer dans ceux des scrofuleuses, ni dans les syphilitiques, encore moins dans les dartreuses.

Et le mycosis ou frambœsia, peut-il être toujours classé parmi les affections syphilitiques ? Ne serait-il pas plutôt une maladie servant de transition entre les véroleuses et les lépreuses ? Quoique rare en France, est-elle une maladie particulièrement observée sur la race nègre ou aux îles Molusques ? Est-elle contagieuse comme on l'assure ? Voici le cas que j'ai observé : Une jeune dame avait présenté pendant deux ans environ, surtout à l'époque de ses règles, une vive rougeur à la face, avec ardente et pénible chaleur. Cette rougeur, quoique plus prononcée aux pommettes, était assez uniforme sur le front, les joues et le menton, sans présenter ni papules ni pustules, mais une certaine desquamation très-fine au moment où elle s'amendait. Cette rougeur, qui occupait à peu près toute la face, finissait insensiblement sur les côtés de la figure et aux oreilles. Je ne pus voir là qu'un érythème particulier, chronique ; on avait saigné et purgé cette jeune dame sans résultat. Je fus assez heureux pour la guérir en employant des purgations répétées et prolongées, des diurétiques et des lotions avec une solution de sublimé (eau rouge d'Alibert), lorsque quelques années après cette guérison, elle se présenta de

nouveau à moi très-amaigrie, ayant eu et subissant encore de temps à autre des mouvements fébriles, une grande innappétence, et enfin, une éruption autour de la vulve, de l'anus, sur les fesses, dans les aines et surtout dans la vulve.

Ces parties examinées, je trouvai des papules, des tumeurs non ulcérées, variant depuis la grosseur d'une lentille, jusqu'à celle d'une framboise, d'une mûre, dont elles avaient la couleur. Dans l'intérieur des grandes lèvres, à l'ouverture du vagin, mêmes petites tumeurs ; les petites lèvres étaient toutes tuméfiées, de manière à égaler la grosseur du doigt et contournées en tire-bouchon. Ma première pensée fut d'attribuer tout cela à une affection syphilitique; par conséquent, je l'interrogeai pour savoir si son mari n'aurait jamais eu de maladie vénérienne, si elle avait eu des rapports avec lui pendant cette éruption, s'il n'éprouvait rien lui-même sur ses organes génitaux. Rien ne put me faire soupçonner une affection communiquée ni contractée ; tout me fit croire, au contraire, à une maladie spontanée, comme l'avait été jadis l'érythème chronique de la face. Toutefois, mon diagnostic fut très-hésitant; cependant je finis par me convaincre que ce ne pouvait être qu'un mycosis dont les grosseurs contournées des petites lèvres représentaient le *mama-pian*. Enfin, des bains de siége alcalins, des frictions locales avec une pommade au précipité rouge, l'usage à l'intérieur de la liqueur de Van-Swietten, triomphèrent assez vite de cette rare et non contagieuse affection.

M. Hillairet se refuse à admettre des lèpres de nos pays, mais où classerait-il cette maladie cutanée qu'Alibert a décrite et figurée dans son édition des *Dermatoses* in-4° ? La figure qu'il en a donnée était destinée au second volume de sa *Nosologie*, qui n'a jamais paru, et il l'a utilisée dans l'édition de l'œuvre dont je parle. Or, la malade que cette

gravure représente était celle que Récamier lui avait montrée à l'Hôtel-Dieu plusieurs années auparavant. Cette autre maladie que nous allons décrire, nous l'avons observée pendant trois ans avec nos condisciples et amis Girou de Buzareingues, Théodore Lemasson et même Duchesne-Duparc. Alibert, dans sa longue carrière et ses études de prédilection sur les dermatoses, n'avait pu voir que trois fois ce genre d'affection, et il en a consigné les histoires dans sa *Monographie* (in-8°, t. II, p. 240 à 243).

La maladie qu'Alibert regarde ici comme la leuce des Grecs était-elle analogue à celle des Phéniciens, des Philistins, et à cette leuce qui parut à Rome et que Celse désigne sous le nom de *odiosa vitiligo ?* Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle était bien différente de cette leuce que j'ai décrite plus haut. D'ailleurs où classer et comment dénommer le cas de maladie qui va suivre? La regarderait-on comme une gangrène spontanée? Mais y a-t-il des gangrènes toujours renaissantes et interminables, parcourant successivement presque toute la surface du tégument dans lequel elle se limite toujours, jusqu'à extinction de l'organisme tout entier, par marasme ou peut-être par la cause cachée qui produit les phénomènes de la peau? M. Hillairet, je le crains bien, serait embarrassé comme nous et n'aurait d'autre ressource que de se ranger aussi à l'opinion de notre illustre maître.

Virginie ***, âgée de 23 ans, fut adressée en 1830 de l'Hôtel-Dieu à Alibert et présentée par notre condisciple Théodore Lemasson. De taille moyenne, très-bien constituée, ayant toutes les apparences de la fraîcheur, même d'un visage agréable, cette fille des campagnes de la Normandie, étant venue à Paris pour y servir de domestique, reçut un coup au sein pendant la durée menstruelle : aussitôt vive douleur à l'épigastre et entre les deux épaules, dont elle se plaignit longtemps, règles supprimées, hémo-

ptysie. Enfin, après de vives douleurs dans le sein, il se manifesta presque tout à coup, dans l'espace d'une nuit, une tache assez irrégulière, comme découpée sur ses bords, de la grandeur et de la forme d'une feuille de sycomore, mais blanche aux bords et un peu verdâtre au centre, rappelant la couleur du dessous de la feuille du tremble. Cette tache se déprimait au centre et finissait par être tout à fait insensible. C'était d'ailleurs une escharre de la peau, car les bords de peau saine finissaient par rougir, par l'effet d'une inflammation éliminatrice. Après un temps variable, cette escharre, qui représentait assez bien par sa couleur aussi celle qu'occasionne le moxa, comme l'a dit Alibert, finissait par se racornir sur ses bords, durcir en écailles plus épaisses, tombait et laissait à nu un ulcère qui se cicatrisait lentement. Ces cicatrices, d'abord violacées, saillantes, douloureuses, finissaient par être déprimées, indolentes, solides et blanches, puis d'autres points de la peau du tronc recommençaient les mêmes phénomènes, qui suivaient la même marche. Quelquefois, il se passait un certain temps entre ces diverses atteintes; alors cette fille était assez bien et rendait quelques services comme infirmière, mais lorsque l'affection se montrait de nouveau, elle s'alitait, souffrait, et les mêmes accidents recommençaient, sans qu'aucun traitement local ou général modifiât son état et ses douleurs, ni la marche des phénomènes locaux anatomiques. A tel point que je quittai l'hôpital à la fin de 1833, la laissant dans le même état, ce qui a fait dire à Alibert en terminant cette observation : « Mes élèves suivent avec un zèle très-attentif la marche de cette affection extraordinaire qui ne paraît pas devoir se terminer de longtemps. » (Ouvr. cit., *ibid.*, p. 243.)

Évidemment c'était là une gangrène, car la portion de peau qui ressemblait si bien au revers d'une feuille de tremble était une escharre qui s'exfoliait, qui emportait

tout le chorion et devenait insensible, parce qu'elle était mortifiée dans l'ensemble du tissu dermique, tandis qu'elle n'était déprimée au centre que parce que ses bords, en se détachant, se recoquillaient. Aussi, à l'Hôtel-Dieu où cette malade se présenta d'abord, ne vit-on là qu'une gangrène. Mais quelle est cette gangrène qui se reproduit sans fin, sans motif apparent, sans raison locale appréciable et sans trop altérer la constitution? Alibert, qui en avait vu d'autres exemples, la rangea parmi les lèpres. Où M. Hillairet la placerait-il mieux? Sans doute, cette sorte de leuce est bien différente d'aspect et de forme de cette autre que j'ai décrite plus haut avec plus de raison peut-être sous la même dénomination, qui commence par des squames très-blanches, étendues et disséminées, surtout sur les membres, et finit par des ulcérations, notamment celles des coudes qui pénétraient jusques dans les articulations, et qui auraient peut-être déterminé la chute des avant-bras, si le malade ne s'était éteint auparavant par l'effet de la diarrhée et du marasme. Mais enfin, si j'hésite à ranger cette affection parmi les leuces, je n'en vois pas moins en elle une maladie insolite que, faute de mieux, je laisse où mon maître l'a placée, me fondant comme lui sur la couleur blanche des escharres, sur la gangrène même et surtout sur la persistance indomptable des phénomènes.

De tout temps, Sauvages, Gaspard Casal entre autres, on a regardé et classé parmi les lèpres : le *mal de la rosa* des Asturies, ce *malum mortuum* d'autres auteurs, qu'Alibert décrit sous le nom de *spiloplaxia*, parce que ce genre d'affection est caractérisé par des taches et des croûtes très-persistantes. Ce qui frappait surtout dans cette maladie, nous disait dans ses leçons le célèbre dermatologiste, et a-t-il écrit, « c'est le développement symétrique des croûtes qui se manifestent à la partie antérieure et inférieure du cou, en se dirigeant de l'un et l'autre côté, en

manière de collier (*monitis instar*). A cette espèce de ruban se joint parfois un appendice croûteux qui se prolonge jusqu'au sternum, en forme de croix de Saint-André ou de sautoir (*decussatim*). Une autre disposition non moins bizarre dans ces croûtes est d'environner circulairement les deux carpes et les métacarpes, même les deux tarses et les métatarses. » (*Ibid.*, p. 259, 260.) Alibert n'avait jamais vu ce genre de maladies, et c'est sur la foi des autres qu'il l'admettait et la classait parmi les lèpres; car comment ne pas croire à ce que d'autres ont vu et constaté sur les lieux et à différentes fois? Aussi, un jour voulut-il me faire essayer si je ne pourrais pas reproduire en peinture ce que les auteurs voulaient indiquer, et je tentais sous ses inspirations de représenter ces taches et ces croûtes (spiloplaxie) au cou, sur le dos des mains et des pieds, en manière, disait-il, de stigmates. J'ai encore cette peinture figurant au cou, sur le dos des mains et des pieds ces croûtes noirâtres, crevassées; entourées d'une auréole rouge.

Or, à propos de stigmates, nous avons ici, à Manosque, une stigmatisée, ce que l'on peut regarder aussi comme une maladie de la peau. Malheureusement, je ne pourrai pas donner cette observation avec tous les détails que j'aurais voulu et qu'elle comporterait, parce que, par un sentiment inexplicable, louable peut-être, de délicatesse, la mère, après avoir donné sa fille en spectacle et comme un fait miraculeux, a été déterminée par une sorte de murmure populaire anti-religieux, à ne plus vouloir laisser visiter sa fille et surtout étudier ses stigmates. Quelques-uns disent qu'elle craint qu'on lui enlève sa fille pour la placer dans un couvent et la soustraire ainsi à ses soins et à son affection. Toujours est-il que ce n'est presque que par hasard que j'ai pu voir et examiner quatre ou cinq fois cette malade, mais à différents moments suffisants cependant pour former ma conviction.

Et d'abord, un confrère qui, il y a quelques années, lui donnait ses soins me demanda à différentes fois, et comme mystérieusement, ce que je penserais d'une malade qu'il voyait et qui n'avait ni bu ni mangé depuis deux ou trois mois; chaque fois, je lui répondais que je croyais la chose impossible. Enfin, il y a environ un an, je fus appelé moi-même pour remédier à cette abstinence, que la mère voulait combattre, sans me permettre d'étudier ses stigmates, je l'ai déjà dit (pour quel motif sacré ou profane, je l'ignore); j'allais donc visiter Célestine Fenouil, âgée de 25 ans environ, et la trouvai alitée de nouveau depuis deux ou trois mois, me dit-on. Elle était très-amaigrie, la voix faible, la figure pâle, sans être décolorée, le pouls lent, misérable, mais régulier, à 45 pulsations. Toutefois, on ne me dit pas qu'elle ne mangeait rien, mais infiniment peu; seulement deux ou trois bouchées d'herbes bouillies ou diversement accommodées, à l'heure de midi, au moment où l'angélus venait de sonner. Hors ce moment, la déglutition était impossible, et elle rejetait violemment par un mouvement spasmodique du pharynx l'aliment qu'elle voulait avaler. « Elle boit? demandai-je. — Oui, seulement tous les huit jours, l'eau dans laquelle le prêtre lave ses doigts après lui avoir donné le viatique. — Va-t-elle à la selle? — Jamais sans lavement et ne rend que quelques matières en boulettes très-dures et sèches. — Urine-t-elle? —Très-rarement, et un liquide très-épais, jaune-rougeâtre, qui remplirait à peine la moitié d'une coquille d'œuf. » Or, tous ces phénomènes physiologiques d'alimentation et d'excrétion me parurent si concordants que je ne pus croire qu'ils fussent inventés et controuvés. D'ailleurs, que n'a-t-on pas dit, que n'a-t-on pas vu en fait de bizarrerie d'alimentation dans l'hystérie, la catalepsie? Je me rappelle avoir eu dans les lits du pavillon de la Lingerie, à l'hôpital Saint-Louis, une fille qui serait morte de faim, si on ne l'avait

forcée d'avaler quelques bouillons, tant on avait de peine à la tirer de sa léthargie, et qui ne trouva de guérison que lorsque Alibert la fit habiller de gré ou de force par les infirmières, puis traîner violemment à travers les salles, et enfin, balayer et agir par toutes sortes de menaces. J'ai vu ici, à l'hôpital de Manosque, un petit vieillard qui put vivre pendant plus de deux mois avec quelques cuillerées de liquide, d'eau le plus souvent; qui n'ouvrait pas les yeux, paraissait d'une insensibilité complète, et qu'on aurait cru mort, si la main approchée de sa bouche n'eût dévoilé le souffle le plus léger. J'ai soigné une hystérique qui, pendant six mois au moins, n'a pu manger que du pain sec, et qui cependant tout à coup, un beau jour, se trouva disposée à manger un morceau de bouilli qu'elle venait de servir. Dès cet instant, elle put manger de tout. On parle encore souvent, dans le pays, d'une dame des premières familles de France et des plus riches de Manosque qui, pendant deux ans, ne se nourrit et ne vécut qu'avec du bouillon de carotte.

Je ne trouvai donc rien de bien extraordinaire dans la bizarrerie des goûts et répugnances de Célestine, d'autant que son amaigrissement et ses rares excrétions, son séjour constant au lit sans déperdition par le mouvement, concordaient physiologiquement avec le peu d'aliments qu'elle prenait. Toutefois, il s'agissait de faire cesser cet état, et je prescrivis du lait, comme la nourriture la plus simple, la plus assimilable, la plus légère et la plus complétement réparatrice, l'engageant à s'efforcer de l'avaler, parce que vouloir c'était pouvoir. On m'a assuré l'avoir tenté, mais qu'elle l'avait rejeté et avait été forcée d'y renoncer. Je conseillai alors de le lui administrer en lavement. J'ignore si on l'a essayé, toutefois on m'assura alors qu'on lui en avait donné de bouillon, qui la firent beaucoup souffrir et que, finalement, elle avait rejeté par la bouche.

Plus tard, un certain jour, mon fils étant par occasion à Manosque, je le conduisis chez cette malade, et il fut accepté, espérant qu'il trouverait quelque moyen pour lui faire supporter la nourriture. Il ne fut pas plus heureux que moi, seulement nous profitâmes de la visite pour lui faire différentes questions : d'abord sur ses extases, dans lesquelles elle voyait, disait-on, la Vierge, parlait latin, hébreu, elle qui savait à peine lire. Précisément, nous y trouvâmes son frère, élève de collége, qui venait de recueillir ce qu'elle disait naguère en pareil moment. Il nous lut ces notes, mais nous ne pûmes y découvrir, comme l'avouait le jeune homme, que des syllabes incohérentes ne répondant à aucun idiome ancien ou moderne, des exclamations religieuses en français : sainte Vierge ! Dieu ! sans suite. Elle nous dit bien, et sans doute sincèrement, qu'en cet état, elle avait vu Saint-Pierre de Rome, la Chambre des députés où elle avait reconnu certains personnages, mais le délire et les rêves effectuent toutes ces exaltations de l'imagination. « L'imagination des femmes, les rend beaucoup plus susceptibles que les hommes, dit encore quelque part Alibert; c'est pourquoi leur sexe est plus adonné à la créance des songes, à la crédulité des superstitions. Il leur est souvent advis, dit un ancien, qu'elles voient ce qu'elles ne voient pas, qu'elles sentent ce qu'elles ne sentent pas. » (*Physiologie des passions.*) L'hystérie peut parfaitement occasionner ces hallucinations, qui nous rappelaient cette femme dont parle Squirol, ayant regardé pendant trente ans le coin d'une fenêtre où elle voyait son amant. Que n'a-t-on pas écrit des incubes ! Je sors de chez un malade qui a eu plusieurs petites hémorrhagies, probablement dans la substance grise du cerveau, parce qu'il n'a pas eu de paralysie complète du mouvement ni du sentiment, qui, avec les yeux ouverts et parfaitement éveillé, me disait qu'il allait tous les jours au théâtre, et qu'il ve-

nait d'assister à la représentation des *Martyrs,* très-bien exécutée par des acteurs habiles, alors qu'il n'avait pas quitté son lit. Donc l'excitation cérébrale explique les hallucinations de Célestine, comme celles de l'apoplectique. Mais ce que mon fils et moi trouvions d'étrange et d'inexplicable jusqu'ici, c'était ses stigmates que nous voulions examiner, et particulièrement étudier. Or, malgré les difficultés qu'on m'a faites, voici ce que je puis affirmer :

D'abord, rapportent plusieurs et divers témoins oculaires, ces phénomènes cutanés se montrent depuis plusieurs années; la mère disait depuis l'âge de 17 ans. Ils se montraient chez elle même alors qu'elle se portait bien et qu'elle mangeait. J'ai même lieu de croire qu'alors ils sont plus prononcés. Voici, d'ailleurs, ce que j'ai vu, soit lorsqu'elle était alitée, soit en la rencontrant par hasard dans les rues, car il est des temps où elle reprend en mangeant certaines forces, quelque embonpoint et où elle peut sortir. La première fois que j'ai pu l'examiner, ce fut alors qu'on la laissait visiter au public, il y a environ trois ans, un jour de vendredi, vers les trois heures après-midi; car, c'est, dit-on, ce jour vers les midi, que ses plaies s'ouvrent et se montrent pour disparaître peu à peu le lendemain et jours suivants, et recommencer ainsi chaque semaine, excepté au temps de l'Avent et à une autre époque, on assure, de Pâques à l'Ascension.

Toujours est-il que nous nous y rendîmes avec le docteur Métaxas, de Marseille, qui se trouvait par circonstance à Manosque; nous trouvâmes Célestine couchée; personne alors ne nous parlait de ses abstinences. Aussi, sa figure était rouge, animée, et paraissait bien portante; cependant sa voix était faible, sa parole paraissait pénible, elle semblait prostrée, nous disant que ses plaies lui occasionnaient de la douleur locale et une souffrance générale qui l'obligeaient à garder le lit le vendredi, avant comme après

leur apparition. Nous constatâmes des plaies aux mains, aux pieds, sur le côté gauche, autour de la tête, figurant les plaies du Rédempteur produites par les clous, la lance et la couronne d'épines. Notre première impression et mouvement, à M. Métaxas et à moi, fut que tout cela avait été effectué par quelque main adroite et complaisante. Mais, en y réfléchissant, en ayant pu voir cette fille dans d'autres circonstances, alors qu'on la cachait à tous les yeux, et au moment où elle ne s'attendait pas à me voir, où moi-même je ne croyais pas la rencontrer ni aller la visiter, j'ai été obligé d'abandonner cette opinion, car voici ce que l'analyse des phénomènes et les commentaires de l'observation désignent :

Les plaies des mains et des pieds sont longues à peu près de deux centimètres, peut-être un peu plus aux pieds et surtout au côté. Celles de la paume des mains sont transversales et siégent au milieu et dans le pli moyen de la main qu'on imagine figurer une M et marquer ainsi, dit-on, la destinée mortelle de l'homme.

A la plante des pieds pareil phénomène, c'est-à-dire que c'est aussi dans un pli, à la partie la plus concave de la plante que s'ouvre la plaie. En y regardant avec attention, on voit que les lèvres de cette plaie sont constituées par un renversement en dedans de la peau ; renversement bien évident par l'épiderme qui va en joindre le fond, peu large, il est vrai, mais rouge, légèrement saignant, que constituent les couches profondes du derme, sinon le tissu sous-jacent. De cette surface découle un peu de sérosité sanguinolente qui se concrète en petits grumeaux plus ou moins jaunes ou rouges et hyalins, suivant les proportions de sérosité ou d'hématine qu'ils contiennent.

Sur le dos des mains et des pieds, c'est assez différent. Les plaies de dessous et de dessus ne correspondent pas ; tandis que celles de la paume des mains et de la plante des

pieds siégent en travers sous les métacarpes et les métatarses, celles du dos sont en long sur le carpe et le tarse. D'ailleurs, je n'ai pu constater ici le renversement de la peau en dedans. Il m'a paru que le corps muqueux de Malpighi était seul mis à nu, car ces petites plaies, aux différentes fois que je les ai vues, ressemblaient tout à fait à une égratignure d'épingle ou mieux de griffe de chat.

Je n'ai pu voir qu'une fois la plaie du côté, siégeant sous le sein gauche, mais étant un peu dans l'ombre par la position de la fenêtre et les draps qui soulevés obscurcissaient encore la partie, je n'ai aperçu qu'une ligne ensanglantée et quelque écoulement de sang, sans pouvoir donner aucun détail sur le mode de la plaie. D'ailleurs ce fut le jour que je vis pour la première fois Célestine en compagnie de M. Métaxas, et comme alors je pensais qu'il s'agissait d'une comédie dont je verrais plus tard le dénoûment, j'y prêtais peu d'attention. Il n'en fut pas de même pour les petites plaies du front et de l'entour de la tête qui reproduisaient les effets de la couronne d'épines, je les avais bien en face de moi et précisément en pleine lumière de la fenêtre. Je pus donc voir parfaitement un assez grand nombre de points très-rouges, parsemés tout autour de la tête, dans un espace de deux travers de doigt qu'ils ne franchissaient pas. Ces points, au premier abord, ressemblaient à des pustules, mais en les touchant on ne constatait pas de saillie et l'épiderme qui manquait à leur centre représentait parfaitement des plaies pénétrantes faites par un instrument qui aurait agi de dehors en dedans comme des épines ou autre agent un peu plus mousse; car elles étaient chacune parfaitement rondes et larges à peu près comme une pupille dans ses dilatations ordinaires. Sur le fond et le centre de quelques-unes d'entre elles reposait, comme dans les plaies que nous avons décrites, une gouttelette de sérosité sanguinolente concrétée.

Sur beaucoup d'autres, le fond était rouge et paraissait être formé par le derme mis à nu.

Voilà le résultat de ma première visite ; plus tard je rencontrai Célestine un dimanche matin à huit heures, deux autres fois le lundi. La main avait encore des traces de la plaie ainsi que le front. On distinguait à la place de la plaie de la main une légère rougeur et au-dessus de petites exfoliations épidermiques, un peu résistantes, plus fines sur les taches rosées du front, mais sans aucune marque de solution de continuité, de dépression ou de cicatrices anciennes ou nouvelles. De sorte que ce qui me paraît évident, comme nous le discuterons plus bas, pour les mains et les pieds, l'est encore pour les taches hyperémiées et ulcérées de la tête, c'est qu'elles affectaient leurs phénomènes d'évolution et de cicatrisation toujours sur les mêmes points.

Le jour que nous allâmes avec mon fils visiter Célestine dans son lit, c'était pendant ses périodes d'abstinence ou de répugnance d'aliments, l'an passé, le lundi de Pâques. Nous en fûmes d'autant plus empressés que nous crûmes que ses stigmates avaient dû être plus prononcés le vendredi saint. On nous avoua sincèrement qu'il n'en avait rien été. Cependant on nous découvrit ses mains et ses pieds sans ambages et nous trouvâmes sous l'un des pieds l'égratignure bien marquée sur le tarse, au point parfaitement le même où je l'avais vue lors de ma première visite avec M. Métaxas. Les autres n'avaient laissé aucune trace.

Cette circonstance que ces plaies étaient plus prononcées à notre première visite, lorsque Célestine n'était alitée que le vendredi seulement pour les souffrances de l'évolution de ses plaies, alors cependant qu'il n'était point question de ses répugnances alimentaires, pendant qu'elle avait bonne mine, tandis qu'au moment de la visite avec mon fils, elle était alitée depuis quelques mois, ne mangeant que son peu d'herbes, par conséquent très-affaiblie et très-

amaigrie, m'a fait dire plus haut que ses plaies avaient dû être d'autant plus profondes et mieux marquées, alors qu'elle mangeait et se portait mieux. A moins que cela tînt à ce que le vendredi saint était près de Pâques, époque où elles ne se montrent plus, dit-on, jusqu'à l'Ascension. Mais ces phénomènes et particularités auraient besoin d'une plus longue et plus minuticuse observation. J'ai dit combicn je le regrettais, toutefois j'expose ce que j'ai vu ct pu rationnellement interpréter.

Mais précisément par ce fait que cette malade n'a pas été étudiée suffisamment avec les rigueurs de la science, que certaines gens simples et crédules y ont vu un miracle, des esprits forts ou légers, une comédie ; que le clergé, disons-le à sa louange, lui qui a pu plus particulièrement l'observer, est resté muet, réservé et circonspect; par cet autre fait que j'ai pu moi-même supposer au premier abord avec le Dr Métaxas, que ces stigmates étaient pratiqués à plaisir, j'ai dû m'en préoccuper ct souvent y réfléchir. Or, voici les questions que je me suis posées :

Est-ce vrai que ces plaies n'apparaissent que le vendredi et à telles époques dont nous avons parlé ? Je ne puis l'assurer, ne les ayant pas suffisamment observées, soit avant plusieurs vendredis, soit pendant ou après.

Et pour le vendredi où je les ai vues, ont-elles été pratiquées par quelque instrument ou se sont-elles produites spontanément ?

J'ai avoué une première impression irréfléchie ; mais alors :

1° Si elles avaient été pratiquées, outre le peu d'intérêt que Célestine a à se soumettre à de pareilles souffrances, comment se ferait-il que les lèvres des plaies de la paume des mains et de la plante des pieds, au lieu d'être renversées en dedans, n'auraient pas été comme toutes celles des incisions, béantes et renversées en dehors?

2° Comment de pareilles cicatrices au bout de deux ou trois jours ne laissaient-elles plus aucune trace ? et encore de ce que ce n'est pas le seul vendredi où je les ai vues que d'autres ont pu les voir, comment à chaque fois qu'on aurait pratiqué ces ouvertures aurait-on pu les faire à la même place sans produire à cet endroit une véritable ulcération ?

3° Pourquoi, si elles avaient été pratiquées à plaisir, les plaies du dos des mains et des pieds ne correspondent-elles pas exactement à celles de la paume et de la plante ?

4° Pourquoi, à faire une supercherie, n'aurait-on pas naturellement cherché à les faire précisément correspondre et surtout à éviter ce contraste que les unes soient en travers et les autres en long ?

5° En n'admettant pas même que ses stigmates apparaissent les vendredis indiqués, comment se fait-il que les jours de dimanche, de lundi que j'ai pu voir la patiente, j'en ai découvert les traces ?

6° Pourquoi surtout ai-je trouvé ces traces, alors qu'on la cachait à tous les yeux, qu'elle ne s'attendait pas à me voir et que je n'y pensais pas moi-même ?

Évidemment avec ces faits anatomiques et ces diverses circonstances, la supercherie n'est pas supposable. Mais quelle est donc cette maladie?

Peut-on la rapprocher du mal de la rose des Asturies qui a aussi des lieux d'élection analogues, au point de pouvoir être comparés aux stigmates ?

Serait-elle seulement l'effet de l'imagination exaltée, comme on l'a supposé ou même affirmé pour Louise Latau? On a proclamé que le phénomène était dû à l'action nerveuse réflexe, qui, après avoir impressionné vivement le cerveau, venait agir sur les points qui marquaient les plaies de la passion de Jésus-Christ, parce que Louise Latau avait suivi assidûment et pendant longtemps le Chemin de la Croix

et s'était ainsi identifiée aux douleurs et aux plaies du Sauveur. Je ne sais si cette explication a contenté quelqu'un, mais elle ne m'a nullement satisfait, ne sachant pas que la science physiologique soit assez avancée pour suivre ainsi l'action nerveuse et la faire aboutir à produire des plaies. D'ailleurs, on a parlé d'hémorrhagies pour Louise Latau, sans dire si elles transsudaient à travers la peau, ni décrire la forme et le genre de plaies qui les produisaient. Mais dans tous les cas, la cause qu'on invoque ne saurait être appliquée à Célestine, qui a une dévotion particulière à la Vierge, dont elle fréquente uniquement deux chapelles, et sans parler plus particulièrement des plaies du Christ.

Le jour que nous allâmes la visiter avec mon fils, précisément après la semaine sainte, en la questionnant et lui demandant si elle dormait, elle nous dit : « Ni jour ni nuit. — Mais vous lisez? — Jamais! car je sais à peine lire. — Vous devez donc beaucoup vous ennuyer depuis trois mois que vous êtes dans le lit ?—Non!—A quoi pensez-vous donc pour occuper votre imagination? — A Jésus dans le tabernacle, à l'Eucharistie, à la sainte Vierge. » Tout cela aussitôt et sans détour, avec une candide expression, qu'un léger, modeste et doux sourire, presque constant sur ses lèvres, rendait plus sincère et plus naïf encore.

L'histoire parle des stigmates de saint François, sans que la science se soit jamais préoccupée si c'était un conte, ni à quelle cause réflexe ou directe on pouvait les attribuer. Ce saint était-il hystérique, extatique, maniaque? Pourquoi, lorsqu'on refuse aujourd'hui aux femmes enceintes de marquer de leurs fantaisies les enfants qu'elles portent, donne-t-on une puissance si grande à l'effet de l'imagination directement sur l'individu? Pourquoi l'empreinte de l'amant de la femme dont parle Esquirol n'a-t-elle jamais apparu sur aucun point de son tégument? Or la science ne peut juger que par analogie, d'où vient qu'on ne cite rien

d'analogue ?... Évidemment il y a là une inconnue à dégager, cherchons et ne nous payons ni de mots, ni de phrases !

Avouons qu'il s'agit d'un mystère jusqu'ici impénétrable et d'un diagnostic bien plus difficile que celui du cas qui a été porté devant l'Académie. Cependant s'il s'agit d'une maladie, c'est une dermatose ! que MM. les dermatologistes qui ont cherché à résoudre le premier problème, étudient celui-ci et nous enseignent à classer l'affection dans quelque ordre nosologique !

Mais j'oublie que les stigmates ne sont pas les seuls phénomènes mystérieux que cette fille présente. Et d'abord ces stigmates ne paraissent pas s'être montrés tous à la fois. Je me rappelle qu'un jour, des personnes qui avaient pu voir Célestine à différentes époques dirent : « Maintenant il s'est manifesté les plaies de la couronnes d'épines. » Des témoins que je ne saurais révoquer en doute m'ont assuré dernièrement que, depuis que je l'ai vue, il s'effectue à son doigt annulaire, tous les dimanches, une sorte d'anneau avec son chaton, anneau qui disparaît pour revenir encore à heure et jour fixe, sans changer le jour et l'apparition des plaies ordinaires les vendredis. Sont-ce des pustules qui marquent cet anneau ? Est-ce une simple rougeur érythémateuse ou une excoriation saignante ou non ? Je n'en sais rien ! Mais dans tous les cas, à quelle cause pathogénique rattacher ce nouveau phénomène ? D'où viendrait-il ? Serait-ce une fantaisie de jeune fille à laquelle elle aurait trop vivement attaché sa pensée ? elle simple enfant qui pense surtout à l'hostie et au ciboire ! Pourquoi une de ces figures ne se reproduirait-elle pas alors sur sa poitrine ? Serait-ce ainsi que Jésus-Christ voudrait signaler et marquer cette nouvelle épouse ? L'imagination et la science se perdent dans la contemplation de pareils indices !

N'est-ce pas le cas de reproduire ici encore une des

pensées de notre cher et illustre maître : « Dans quelque lieu ou circonstance que l'homme se trouve, il est à chaque instant saisi par toute l'activité de l'influence céleste : il respire en quelque sorte cette Divinité dont il voudrait en vain contester la présence ; il vit en elle, il ne se console que par elle. » (*Physiologie des passions.*) C'est pourquoi il est à regretter qu'aujourd'hui qu'on sacrifie l'intérêt social à la liberté individuelle, on ne puisse pas imposer à la mère de Célestine que la science l'étudie sérieusement et cherche à mettre au jour, dans toute sa splendeur, cette affection naturelle ou ce mystère sacré. Pourquoi le cacher sous le boisseau, laisser ainsi planer un doute qui afflige la science et pourrait peut-être éclairer ou consoler l'humanité ?

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite.)

Messieurs,

Dans les trois dernières leçons, je me suis occupé de cette espèce de myopathies syphilitiques qu'on pourrait appeler *fonctionnelles*, si on ne s'en tenait qu'aux apparences symptomatiques. Nous ne connaissons pas encore, en effet, les lésions matérielles qui leur sont propres. Il n'est pas douteux qu'elles existent ; nous pouvons même les deviner approximativement à l'aide d'une analyse rigoureuse de toutes les circonstances qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent. C'est ce que j'ai tenté de faire. Mes hypothèses sont-elles l'expression de la réalité? Je n'oserais l'affirmer. Sans le secours de l'anatomie pathologique, il n'est pas possible d'arriver à des notions positives et complètes. C'est là un axiome qui s'applique à toutes les questions de la pathologie, mais plus exactement à celle des myopathies fonctionnelles. Ces affections présentent en effet des causes d'obscurité qu'on ne trouve pas dans d'autres organes, ce qui tient à ce qu'il y a dans le muscle deux éléments : la substance musculaire proprement dite, dont la fibre avec son sarcolemme est l'élément primitif et fondamental, et le nerf qui met en jeu la contractilité de la fibre musculaire. Lorsque les centres nerveux ou les nerfs sont malades et qu'il existe des troubles consécutifs du système musculaire, il est facile d'interpréter la filiation

des accidents et d'en comprendre le mécanisme. Mais lorsque le muscle seul est directement et primitivement atteint, comme dans les myopathies où l'action syphilitique ne se traduit par aucune lésion matérielle évidente, voyez que de difficultés, non-seulement pour s'assurer qu'il existe une lésion, mais bien plus encore pour discerner si cette lésion a atteint d'emblée ou consécutivement l'une ou l'autre substance des muscles, ou si elle s'est emparée simultanément de la fibre musculaire et des filets nerveux qui l'animent!

Nous n'aurons plus à revenir qu'incidemment sur les myopathies avec contracture, qui traduisent un des premiers degrés de l'action syphilitique sur le système musculaire. Aujourd'hui, nous nous occuperons des degrés plus avancés de cette action morbide. Si la lésion matérielle nous a échappé dans la première espèce de myopathies, ici elle saute aux yeux. Tous les observateurs l'ont vue, étudiée et décrite. Dans ces derniers temps elle a été analysée avec le microscope. Son histoire anatomique est à peu près complète. Nous marcherons donc sur un terrain solide et nous n'aurons pas besoin de courir l'aventure des hypothèses.

Ces sortes de myopathies sont caractérisées par une production morbide particulière qui s'infiltre dans la substance musculaire, en s'étalant, ou l'envahit sous forme de tumeurs. Là, comme partout ailleurs, elle évolue suivant le même mode, mais avec des alternatives et des variations qui, dans ses étapes successives, la font avancer, reculer, disparaître et se fondre prématurément, ou parcourir dans son entier le cycle de son processus. Cette production morbide, propre à la syphilis, consiste en une matière plastique qu'on appelle la *gomme*. Aussi appellerai-je les myopathies qui vont faire l'objet de cette leçon, *myopathies gommeuses*.

Les lésions musculaires de cette espèce se développent habituellement à une période avancée de la syphilis. Elles font partie des accidents qu'on qualifie de tertiaires. Mais ce serait une erreur de croire qu'on ne les peut jamais rencontrer que dans cette phase de la maladie constitutionnelle. Les gommes poussent quelquefois sur diverses régions de l'organisme, à une époque très-voisine de l'accident primitif. J'en ai donné, il y a quelques années, un exemple remarquable : le malade, qui était jeune et bien portant, fut atteint de gommes du tissu cellulaire très-peu de temps après l'apparition du chancre syphilitique. Ces gommes pullulèrent de tous les côtés, dans le tissu cellulaire sous-cutané et sur le périoste de quelques os superficiels, pendant trois ans, malgré le traitement ioduré le plus énergique (1). Ces gommes auraient pu se développer aussi dans les muscles. N'envahissent-elles pas quelquefois les viscères, et en particulier le cerveau, dans les premiers mois de l'intoxication syphilitique ?

Entre les *myopathies fonctionnelles* et les *myopathies gommeuses typiques*, il y a des myopathies intermédiaires, dans lesquelles prédomine l'élément inflammatoire. Ce sont de véritables *myosites*. Leur processus irritatif ressemble beaucoup à celui de cause commune ; mais il porte néanmoins l'empreinte de son origine spécifique.

Les myopathies inflammatoires et néoplasiques d'origine syphilitique n'avaient point échappé à l'attention des premiers syphiliographes. Dès 1553, Theodosius avait indiqué leur existence ; plusieurs passages de ses *Medicinales Epistolæ* prouvent qu'il n'ignorait ni la rétraction musculaire syphilitique, ni les gommes des muscles. « Quand la subs-

(1) Ch. Mauriac, *Cas de syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium.*

tance des muscles est infiltrée de virus, écrivait Astruc deux siècles plus tard, il survient des ganglions ou de petites tumeurs qui, en interceptant ou retardant le cours du sang, donneront lieu à une douleur rhumatismale tensive, pulsative, avec une tuméfaction manifeste et inflammatoire. » Dans Petit-Radel il est aussi question d'une contracture musculaire qu'il rattache à la syphilis; et Lagneau compte, au nombre des accidents syphilitiques, des affections musculaires qu'il regarde comme des phlegmasies chroniques des muscles : elles siégent principalement sur les membres et y déterminent dés flexions permanentes.

Quant à la myopathie bicipitale avec contracture, Ph. Boyer l'avait mieux vue que ses prédécesseurs et l'avait esquissée à grands traits : « Il paraît, dit-il, que la syphilis consécutive a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elle ou au moins accompagnant ses symptômes, et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elle appartiennent au muscle biceps brachial; l'avant-bras était un peu porté dans la pronation et la flexion, et ne pouvait être étendu. L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front; l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses au métatarse et au métacarpe et la teinte terreuse de la peau. »

C'est dans ces dernières années seulement que les myopathies gommeuses ont été l'objet de travaux spéciaux. M. le professeur Bouisson, de Montpellier, a publié sur elles une excellente monographie, et leur étude histologique a été faite par divers micrographes, et en particulier par Virchow (1). Je vous ai déjà cité quelques observations

(1) *Bibliographie.* Ceux qui désireraient étudier l'historique des myopathies syphilitiques pourraient consulter : J.-B. Theodosius, *Medicinales Epistolæ*, Basileæ 1553, et *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 140.— Astruc, 1777.—Petit-Radel.— Ph. Boyer. —Ricord. — Bouison. Tu-

dues à M. Ricord ; j'aurai à vous parler plus tard de celles que nous devons à Nélaton et à d'autres médecins contemporains.

PREMIÈRE PARTIE.

MYOSITES ET TÉNOSITES SYPHILITIQUES.

Principaux caractères des *myosites syphilitiques*. Comment on la distingue de la *myosite simple :* début moins brusque; processus plus lent; peu de douleurs, pas de tendance à la suppuration. — Tumeur diffuse, dure, sous-aponévrotique.

État scléreux ou cirrhotique consécutif aux myosites syphilitiques. — Transformation fibreuse; atrophie de la fibre musculaire. — Dégénérescence cartilagineuse et osseuse, *torticolis* et *lombago* syphilitiques.

Symptômes des *ténosites syphilitiques :* Tuméfaction diffuse ou circonscrite des tendons. — Du nodus syphilitique. — Épaississement et raccourcissement des tendons. — Terminaison des ténosites.

Myopathies tertiaires complexes. — Myosites chroniques et myomes syphilitiques. — Leur longue durée, sans atrophie consécutive des muscles. — Resserrement syphilitique des mâchoires.

Les déterminations de la syphilis sur le système musculaire, que je vais vous décrire, viennent immédiatement

meurs syphilitiques des muscles. (*Gaz. médicale de Paris* 1846, et *Tribut à la chirurgie moderne*, t. I, p. 52, 1858). — Nélaton : Tumeurs syphilitiques musculaires (*Gaz. des hôpit.*, n° 6, 1858, et n° 59, 1861). — Saint-Arromand : Des tumeurs gommeuses du tissu cellulaire et des muscles, Thèse de Paris, 1858, p. 21. — Thévenet : Étude et considérations pratiques sur les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, des muscles et de leurs annexes, Thèses de Paris, 1858. — Dufour : *Bulletin de la soc. anat.*, 1855, p. 139. — Robin : *Bull. soc. anat.*, p. 26. — Robert : *Union méd.*, 1859, p. 579, mars. — Senftbleen : *Arch. f. klin. Chirurg.*, t. I, p. 107. — Sidney Jones : *Trans. of the path. soc. London*, vol. VII, p. 346. — Murchison, *ibid.*, vol. XII, p. 251. — Virchow : *Path. des tumeurs*, t. II, p. 430, etc., etc.

après les myopathies avec contractures, dans l'ordre chronologique. Elles peuvent aussi quelquefois se produire en même temps qu'elles, ou même avant. Toujours est-il qu'elles appartiennent à un degré plus avancé du processus spécifique irritatif. Ici l'inflammation n'est plus douteuse : elle se manifeste par des lésions matérielles ; et le trouble des fonctions est en rapport à peu près exact avec l'étendue, la profondeur et l'intensité du désordre organique. Ici donc, rien de mystérieux. L'élément névropathique, qui occupe une si large place dans la symptomatologie et peut-être aussi dans la pathogénie des myopathies congestives avec contracture, est à peu près nul dans les myopathies plastiques inflammatoires. La douleur est fixe, et proportionnée à l'acuité du processus irritatif.

I.

La première fois que j'observai la *myosite syphilitique*, ce fut en 1861, dans le service de M. le professeur Lasègue. Une jeune fille, âgée d'une vingtaine d'années, y était entrée la veille pour des douleurs occupant la partie antérieure de l'avant-bras gauche. On constatait dans cette région, depuis le pli du coude jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet, une tuméfaction diffuse, de la douleur à la pression, de la consistance, de la tension et une légère teinte rosée de la peau. On aurait pu croire, au premier abord, qu'il s'agissait d'un phlegmon au début. Les symptômes avaient évolué avec une assez grande rapidité et présentaient dans leur ensemble l'allure et la physionomie d'une inflammation commune de moyenne intensité. Mais, en explorant les parties avec plus d'attention, je ne trouvai aucun empâtement dans le tissu cellulaire ; la peau était libre et glissait faci-

lement sur les parties sous-jacentes. On sentait que la lésion existait au-dessous de l'aponévrose ; la tension était uniforme, diffuse, sans trace de nodosité ; la consistance un peu dure et élastique. Il n'y avait point de fluctuation. Les douleurs spontanées ou provoquées étaient sourdes, profondes et n'avaient pas l'acuité des douleurs du phlegmon aigu. Les doigts étaient à demi fléchis dans la main et ne pouvaient être redressés. Le diagnostic anatomique pouvait se faire avec les seuls phénomènes locaux de l'affection. Celui de la cause constitutionnelle était rendu encore plus facile par l'existence d'une roséole érythémato-papuleuse et par la présence de plaques muqueuses dans la gorge. Cette myosite syphilitique, qui occupait la masse musculaire des fléchisseurs superficiels, était donc relativement précoce, puisqu'elle était survenue pendant les huit ou dix premiers mois de la maladie constitutionnelle. Elle était dégagée de toute complication, sans ténosites, ni inflammation spécifique des gaînes tendineuses. Elle marcha avec rapidité vers la résolution, du moment qu'on eut institué un traitement spécifique mixte. La guérison eut lieu complétement en quelques jours et sans laisser aucun vestige de la tuméfaction diffuse, ni aucun trouble fonctionnel.

Vous voyez, Messieurs, que la spécificité syphilitique de la myosite ne lui imprime pas toujours des caractères assez tranchés pour qu'on la puisse distinguer facilement, au premier coup d'œil, de la myosite aiguë ou subaiguë de cause commune. Cependant son début est moins brusque, plus insidieux, moins douloureux, son processus plus lent et sa période d'état beaucoup plus longue. Cette persistance d'un état inflammatoire subaigu dans un muscle, avec tuméfaction diffuse plus ou moins également répartie dans toute sa masse, sans aucune tendance à la suppuration, me paraît être une des particularités les plus spéciales de la

myosite syphilitique. La rapidité avec laquelle la résolution succède à cette période d'état, lorsqu'on donne du mercure et de l'iodure de potassium, est encore un bon signe. Dans chacun des phénomènes de la myosite pris individuellement, je ne vois rien de pathognomonique. Le tissu cellulaire sous-cutané, lorsque les muscles siégent au-dessous de la peau, s'infiltre quelquefois un peu, mais pas au même degré que dans les myosites communes; la peau prend une teinte rosée, etc. L'augmentation de la chaleur est insensible; la douleur ne présente pas une acuité excessive, et les troubles fonctionnels sont en rapport avec le rôle physiologique du muscle, qui est maintenu en état de contracture plus ou moins prononcé. Du reste tous ces phénomènes varient dans d'assez larges limites, suivant le plus ou moins d'acuité de l'inflammation spécifique. Toujours est-il qu'il existe constamment une suffusion plastique qui donne au muscle une consistance dure, élastique, homogène et le tuméfie en effaçant ses contours et sans lui laisser la forme ramassée sur lui-même qu'il affecte pendant sa contraction.

Les myosites appartiennent à la classe des accidents résolutifs de la syphilis. La suffusion plastique se liquéfie et se résorbe, sans chercher à s'ouvrir une voie à l'extérieur, comme le font quelquefois les néoplasies gommeuses circonscrites. Il n'y a donc pas à craindre la suppuration ni ses conséquences.

II.

Mais l'inflammation spécifique, au lieu de se résoudre franchement, soit d'elle-même, soit sous l'influence du traitement hydrargique et ioduré, peut persister indéfiniment sous forme chronique. L'altération de la fibre musculaire est alors à redouter, d'autant plus qu'elle entraîne

des infirmités incurables. Voici comment les choses se passent : la matière néoplasique infiltrée dans le tissu conjonctif du muscle, au lieu de subir la prolifération régressive qui la rend apte à être résorbée, s'organise et se transforme en tissu fibreux. Ce tissu néofibreux qui peut procéder, non-seulement du tissu cellulaire interstitiel, mais aussi du sarcolemme, ne tarde pas à entraver la nutrition de la fibre musculaire. Elle s'amincit, perd sa striation, devient granulo-graisseuse et finit par disparaître, après avoir subi, avec une rapidité plus ou moins grande, toutes les phases de la dégénérescence qu'inflige aux éléments actifs des organes la cirrhose ou la sclérose qui les envahit. Comme les cellules du foie, du poumon, du cerveau, etc., la fibre musculaire est comprimée, étouffée, détruite par la transformation scléreuse.

L'état scléreux ou cirrhotique des muscles, consécutif aux myosites syphilitiques, entraîne le raccourcissement définitif et l'atrophie du muscle. Il peut aboutir aussi à la dégénérescence cartilagineuse et osseuse. Les fonctions du muscle se trouvent donc annihilées et il en résulte des troubles fonctionnels, des déformations, des infirmités irremédiables. « Les contractures musculaires, dit Virchow, qui a bien décrit ces lésions extrêmes de la myosite syphilitique, ont pour cause des dégénérescences calleuses du tissu musculaire, altération analogue à celle que produit l'inflammation rhumatismale simple du traumatisme; au milieu du tissu interstitiel des faisceaux musculaires se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibre musculaire primitive (1). »

III.

Cette terminaison de la myosite syphilitique, si grave

(1) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, p. 105, Paris, 1860.

au point de vue fonctionnel, ne peut pas être prévue. Mais au moins est-il possible de la prévenir? Le meilleur moyen, c'est d'instituer dès le début un traitement mixte énergique.

Il me paraît, du reste, que pour porter une appréciation pronostique de quelque valeur, il n'en faut pas puiser les seuls éléments dans l'affection locale prise en elle-même. Il faut tenir compte aussi de l'époque à laquelle elle s'est manifestée et de la sévérité que présentent ou qu'ont présentée les accidents de la syphilis. Plus une myosite est précoce, plus il y a de chances pour qu'elle soit résolutive. Lorsqu'elle survient dans la phase des productions gommeuses, la transformation fibreuse et l'atrophie musculaires ne sont plus à redouter. Enfin, dans les syphilis graves, les myosites, toutes choses égales d'ailleurs, auront une signification plus sérieuse que celles qui se produisent exceptionnellement au début de quelques syphilis bénignes.

Que devient l'enveloppe aponévrotique des muscles atteints de myosite? La plupart du temps elle ne présente aucune lésion apparente; mais il est probable qu'elle est touchée, elle aussi, par le travail morbide, quand il est intense et étendu à tout le muscle. Dans un cas d'infiltration plastique du jambier postérieur, observé par M. Ricord, on trouva que l'aponévrose adhérait aux muscles de la région postérieure de la jambe, qu'elle était épaissie et faisait corps avec le tissu lardacé jaunâtre dû à l'altération du muscle et de la fibre musculaire.

Tous les muscles ne paraissent pas doués de la même aptitude à subir les effets de l'intoxication syphilitique. Les muscles longs des membres y sont plus prédisposés que ceux du tronc. Mais il est difficile d'établir une classification topographique bien exacte. On a aussi observé la myosite syphilitique sur les muscles du tronc, sur ceux de la face, sur ceux de l'orbite; nul doute que les sphincters

n'en soient quelquefois affectés, ceux de l'anus par exemple, dans les affections syphilitiques complexes de cette région, ceux de l'isthme du gosier, dans les pharyngopathies graves de la période gommeuse. Il en est de même de ceux du larynx.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

ATLAS OF SKIN DISEASES, by Dr L.-A. DUHRING, M. D.; Philadelphia and London: Lippincott Co, 1876. 1re livr., grand in-4°.

Aux nombreux et remarquables ouvrages publiés depuis quelques années en Amérique sur la dermatologie, il manquait un *Atlas des maladies de la peau.* M. le Dr Duhring, professeur de dermatologie à l'Université de Philadelphie, vient aujourd'hui combler cette lacune.

La première livraison, qui vient de paraître, contient quatre planches : eczéma (erythematosum), psoriasis, lupus erythematosus, syphiloderma (pustulosum).

L'auteur a eu recours à la chromo-lithographie. Les planches sont faites d'après nature et représentent les sujets presque de grandeur normale ; leur exécution est bien réussie et permet de se faire une idée exacte des lésions indiquées ci-dessus. L'ouvrage sera publié en huit ou dix livraisons au plus. Chaque planche est accompagnée d'un texte explicatif.

C'est donc, sous tous les rapports, un véritable atlas clinique des maladies de la peau. Les exemples ont été judicieusement choisis, et nous pensons que l'auteur nous donnera, dans les planches suivantes, les affections vulgaires de la peau sous leurs formes les plus variées, bien plus encore que ces cas étranges, bizarres, qui ne se présen-

tent à l'observation qu'à de très-rares intervalles et d'une manière tout à fait exceptionnelle.

Du reste, M. Duhring annonce dans sa préface que, pour les maladies les plus communes, il sera publié un certain nombre de planches, de manière à reproduire les variétés que l'on observe le plus ordinairement.

Nous sommes très-partisans des atlas, notamment pour les maladies de la peau. La sûrcté du diagnostic nc s'acquiert qu'après avoir beaucoup vu, ct même, dans quelques circonstances, les spécialistes les plus autorisés sont parfois hésitants pour classer certaines lésions cutanées.

Souvent, en présence d'un fait difficile, on est heureux de pouvoir recourir à un atlas dans lequel on trouve reproduits des cas offrant certaines analogies à celui que l'on a sous les yeux et dont le rapprochement devient alors un véritable point de repère.

Enfin, les maladies de la peau n'offrent pas dans tous les pays des caractères identiques; aussi, l'œuvre entreprise par notre distingué confrère intéresse-t-elle tout particulièrement les lecteurs européens, auxquels elle permettra de pouvoir apprécier exactement quelles sont les particularités que présentent les affections cutanées de l'autre côté de l'Atlantique.

Nous voudrions, autant que possible, voir reproduire les principales variétés de chaque dermatose. Ainsi, le psoriasis que nous avons sous les yeux s'observe fréquemment, mais peut-être serait-il nécessaire d'avoir, à côté, d'autres planches montrant cette affection avec ses autres caractères cliniques.

Le texte qui accompagne chaque planche comprend une description complète des lésions que l'on a sous les yeux, des remarques sur la nature de la maladie, le diagnostic et le traitement. Ce texte est très-clair et digne d'un dermatologiste aussi compétent que notre savant confrère

L'atlas du Dr Duhling tiendra donc une place honorable à côté des autres atlas en voie de publication dans d'autres pays, notamment en Autriche et en Angleterre.

Les richesses accumulées dans le musée de l'hôpital Saint-Louis et dans l'album de l'Antiquaille fourniraient également matière à de magnifiques atlas. Espérons que, dans un avenir prochain, elles seront enfin mises à profit dans l'intérêt des étudiants et des praticiens qui, habitant loin de ces grands centres, sont ainsi privés des avantages que présente la fréquentation habituelle des hôpitaux spéciaux.

An elementary treatise on diseases of the skin, for the use of students and practitioners, 1 vol. in-8° avec planches, par le Dr H. Piffard. Londres et New-Yorck, 1876. Macmillan et Cie.

L'ouvrage du Dr Piffard est, comme l'indique son titre, un traité élémentaire, destiné à servir d'introduction aux ouvrages plus complets sur *la Dermatologie*, et à épargner au commençant quelques-unes des difficultés du début et en même temps à aider le praticien dans l'étude et le traitement des maladies de la peau.

L'ouvrage est divisé en 40 chapitres.

Les deux premiers sont consacrés à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de la peau. C'est un résumé exact quoique un peu abrégé des travaux publiés dans ces dernières années; les dessins sont extraits en partie d'ouvrages des auteurs allemands, en partie de l'anatomie de Sappey. Remarquons, en passant, que les photo-micrographies, qui se trouvent au nombre de cinq, sont inférieures aux gravures sur bois, dont elles n'ont ni la clarté, ni la netteté.

Le sixième chapitre est consacré à la classification : c'est toujours là une question difficile. Nombreuses, presque innombrables sont les classifications, et cependant jusqu'à ce jour il n'en est aucune qui soit à l'abri des critiques. Après un examen rapide des principales classifications ayant cours dans la science et des bases sur lesquelles elles reposent, l'auteur se décide en faveur du système naturel. Il divise, en conséquence, les affections de la peau en cinq groupes principaux :

1° Affections diathésiques (comprenant les syphilides, les scrofulides, les rheumides, — eczéma, psoriasis et pityriasis, — la lèpre et l'ichthyose).

2° Affections générales non diathésiques (fièvres éruptives, érysipèle, scorbut, morve, pustule maligne).

3° Affections réflexes (acné, acné rosacée, urticaire, zoster, herpès labialis, progenitalis, etc., xanthoma, certains chloasma).

4° Affections locales parasitaires (gale, phthiriase, favus, trichophytie, phytosis versicolor, alopécie areata? impetigo contagiosa?); non parasitaires (intertrigo, nœvus, furoncles, verrues).

5° Affections de nature indéterminée, groupe dans lequel l'auteur a rangé toutes les autres affections de la peau qui ne figurent pas dans les quatre classes précédentes, affections très-hétérogènes, et parmi lesquelles il s'en trouve quelques-unes dont la nature est cependant aujourd'hui parfaitement connue.

Par le nom de *rheumides* l'auteur a désigné les dartres; nous préférons, quant à nous, l'expression française dont le sens a été si bien indiqué et défini par M. le professeur Hardy.

Nous aurions bien des réserves à faire sur cette classification, notamment sur la réunion de l'acné et de l'herpès zoster sous la dénomination d'affections réflexes.

Les affections locales comprennent les lésions qui sont dues à la présence, sur la peau, de parasites végétaux ou animaux, et d'autres lésions qui proviennent de causes essentiellement différentes. Comment admettre la présence du furoncle dans ce groupe des affections locales non parasitaires à côté du nœvus et des verrues? Presque toujours, au contraire, les furoncles sont l'expression d'un état général diathésique ; on les voit, alors, se succéder avec une persistance désespérante. D'autre part, la furonculose est fréquemment aussi liée au diabète, etc., etc.

Nous avons vainement cherché l'épithélioma de la peau, la description de cette lésion ne figure nulle part dans l'ouvrage du Dr Piffard. Les caractères cliniques et histologiques du cancer de la peau sont cependant aujourd'hui bien connus.

Le Dr Piffard étudie ensuite séparement chaque affection de la peau. Quelques chapitres sont, il est vrai, un peu écourtés, mais dans tous se trouvent résumées, en termes clairs et précis, les données histologiques les plus récentes des lésions cutanées. De nombreuses planches empruntées aux traités de dermatologie de Kaposi, Neumann, etc., contribuent à rendre ces études plus fructueuses pour les étudiants et les praticiens. Nous regrettons toutefois que l'auteur n'ait pas donné les dessins des parasites végétaux que l'on observe sur la peau ; leur importance est cependant de la plus grande utilité, car dans bon nombre de cas le microscope seul peut établir le diagnostic.

Enfin, le traitement de chaque affection est décrit avec le plus grand soin ; c'est une des meilleures parties de ce volume qui constitue, sous beaucoup de rapports, un livre que consulteront avec profit tous ceux qui s'intéressent à l'étude de la dermatologie.

REVUE DES JOURNAUX

L'occasion se présente rarement de débattre dans cette feuille les questions afférentes à la lèpre. Cependant, nos lecteurs nous sauront gré de reproduire le mémoire que vient de publier M. le Dr Filippo Cerasi, rédacteur en chef de la *Gazetta medica di Roma* sur un cas dont le diagnostic a donné lieu aux plus vives discussions. Afin de ne point sortir des habitudes essentiellement modérées et pacifiques des Annales, nous ne nous sommes point borné à une simple traduction. Nous avons fait disparaître les arguments trop personnels, qui, loin du lieu de la contestation, auraient nécessairement perdu de leur valeur. M. Cerasi nous pardonnera ces coups de ciseaux ; son travail est empreint d'un caractère trop scientifique pour qu'il ait rien à perdre à cette petite mutilation. H. B.

Syphilide dermique tuberculeuse. — Persistance du symptome primitif en même temps que les accidents secondaires. — Diagnostic entre la lèpre et la syphilis, par le Dr Filippo Cerasi, traduction par Honoré Brun, externe des hôpitaux de Paris.

Le 26 février, à l'Académie de médecine de Rome, le professeur Manassei présenta un malade qu'il disait atteint de lèpre. Une discussion s'étant élevée entre ce chirurgien et moi, à propos d'un article dans lequel je crus devoir porter le diagnostic de syphilis, il me semble nécessaire d'en rendre juge le public.

Coco Cesiro fut conduit à l'hôpital San Gallicano, en février 1876, pour des tubercules cutanés. Les premiers tubercules, au dire du malade, se développèrent sur la région sourcilière vers sa vingtième année; on en compta 23. Ils gagnèrent bientôt la face. Ils sont insensibles et n'ont jamais desquamé. L'un, à la lèvre supérieure, s'est ramolli et ulcéré; d'autres se sont développés au niveau du palais et du voile du palais. Au laryngoscope, on constate l'immobilité de l'épiglotte, un gonflement et une hypérémie générale. L'histologie des tumeurs a été faite par le professeur Tommasi Crudeli : il y a trouvé un tissu de noyaux provenant d'éléments cellulaires volumineux infiltrés dans le derme; il constata en outre l'existence de grandes cellules polynucléées, enfin des éléments de néoplasme; les uns étaient le siége d'une régression, les autres étaient arrivés à se convertir en tissu définitif.

En face d'une forme morbide aussi singulière, le professeur Manassei, après avoir été tenté de croire à une syphilide, se décida pour d'impérieuses raisons à la rapporter à la lèpre. Le malade fut l'objet de l'examen attentif de tous les membres de l'Académie. Il fut interrogé avec le plus grand soin; on apprit alors que le mal avait commencé par un bouton à la lèvre supérieure qui fut contracté pendant la saison chaude, après que Cesiro eut bu dans le verre d'un camarade de moisson, infecté de la même maladie. Du reste, des douleurs rhumatoïdes avaient précédé une éruption qui paraît avoir été de l'ecthyma et s'être portée de préférence sur les jambes. Dans l'hypothèse de la lèpre, Manassei l'avait considérée comme étant de nature pemphigoïde. On constate, en outre, un engorgement des ganglions épitrochléens, la destruction du voile du palais, des pléiades ganglionnaires un peu partout, et sur la région postéro-externe une vieille plaie ulcéreuse. L'in-

sensibilité des tubercules parut contestable. Notons enfin sur l'angle droit de le bouche la cicatrice de l'accident initial et les restes d'une iritis plastique double. Le malade était dans un état de cachexie très-avancé. Nous portâmes le diagnostic de syphilis.

Jusqu'au mois de septembre dernier, il ne fut plus question du malade. A cette époque, la guérison était presque complète ; elle avait été obtenue par les injections de calomel.

Voici maintenant quelques détails sur les diverses lésions du malade :

Œil gauche : Opacité épithéliale dans la moitié externe de la cornée ; la conjonctive palpébrale est normale. Ectopie pupillaire avec synéchie postérieure ; la pupille a une forme ovale et se continue jusqu'au cercle ciliaire, dispositions liées à un coloboma de l'iris. La capsule lenticulaire est légèrement trouble. Enfin, l'iris porte des traces d'inflammation. — *Œil droit :* ramolli ; chambre antérieure détruite, synéchie postérieure totale, dégénérescence fibreuse de l'iris caractéristique de l'iritis parenchymateuse, déformation staphylomateuse du bulbe dans la moitié temporale de la zone ciliaire par sclérocyclite, affection essentiellement syphilitique ; tel est du moins l'avis du professeur Magni.

Un an après son entrée à l'hôpital, le malade ayant été soumis, comme je l'ai dit, à un traitement mercuriel et tonique, fut présenté de nouveau à la Société. On voyait encore à la face quelques tubercules assez volumineux et les cicatrices de ceux qui s'étaient atrophiés ; celle de la lèvre supérieure se faisait remarquer par sa dureté. Sensibilité intacte ; sur les membres inférieurs quelques éléments éruptifs croûteux, puis des cicatrices de forme ovale plus ou moins pigmentées.

Le professeur Manassei maintenait toujours son diagnos-

tic ; pour moi, je m'étais rattaché à celui d'éléphantiasis syphilitique.

C'est surtout sur le champ de l'histologie que la discussion s'est engagée. Contrairement aux assertions de Manassei, je prétends que les résultats de l'examen microscopique ne peuvent nullement être considérés comme caractéristiques de la lèpre, et qu'il y a plus à faire pour arriver à connaître l'essence de la maladie que de constater la dégénérescence graisseuse d'un produit néoplastique; la marche de la maladie, l'influence qu'exercent sur elle les médicaments sont autrement puissants pour faire juger de sa spécificité. Si le microscope rend compte de la composition d'un produit morbide, nos connaissances sont encore trop imparfaites pour permettre d'en déduire scientifiquement l'étiologie. Qu'ils soient syphilitiques ou lépreux, les néoplasmes sont composés de nucléoles, de cellules identiques ou du moins ayant entre elles une grande ressemblance et dénuées de caractère spécifique ; et prétendre que les premiers subissent la dégénérescence adipeuse, tandis que la métamorphose caséeuse frappe particulièrement les seconds, c'est faire preuve d'un exclusivisme absolument démenti par l'anatomie pathologique. Nous ne croyons pas à la spécificité des produits, n'admettons donc pas celle de leurs transformations. C'est dans ce sens, du reste, que s'est prononcé Rindfleisch en reconnaissant aux néoplasies lépreuses et syphilitiques une position hybride entre les produits des inflammations et les tumeurs. Je rappellerai qu'il en est de même pour le tubercule, qui a donné lieu à tant de travaux et dont nous sommes encore à chercher la place dans le cadre nosologique. Si Virchow décrit ces produits morbides sous le nom commun de granulômes, c'est bien qu'il ne ne leur reconnaît pas de différences essentielles; du reste, il a dit quelque part que le tubercule syphilitique peut être considéré comme le type de la lèpre des Grecs. Pourquoi donc attribuer à la

lèpre le monopole de la dégénérescence graisseuse ? Non, pour arriver à différencier les deux tissus morbides qui sont l'objet de cette contestation, l'histologie ne peut rien, et c'est aux phénomènes biologiques qui les accompagnent que nous devons demander des arguments ; couleur, consistance, siége, sensibilité et surtout anamnestiques, voilà quelles seront toujours pour nous les raisons fondamentales de toute détermination.

Mais, dit le professeur Manassei, nous ne trouvons dans ce cas aucun des phénomènes qui caractérisent habituellement le syndrôme de la syphilis : périostite, douleurs nocturnes, gommes dans diverses régions. Cela est vrai ; mais convient-il d'attribuer tant d'importance à l'apparition simultanée de ces lésions ? Nous n'en sommes plus à la théorie des jours critiques d'Hippocrate, et la classification, jadis si régulière, des périodes de la vérole ne saurait tenir devant l'expérience de tous les jours. Qu'il me suffise de citer un fait qu'il m'a été donné d'observer cette année : cinquante-six jours après le coït, un malade voyait son tégument se couvrir de tubercules et de papules syphilitiques sans avoir eu de périostite. J'ai vu un chancre syphilitique s'accompagner au bout de sept jours de papules et de roséole, tous ces phénomènes disparaître au bout de vingt-sept jours, sous l'influence de deux injections de calomel, puis trois mois après reparaître des papules, une roséole et des tabercules, et cela sans périostite et sans gommes. J'ai vu naguère, à l'hôpital San Giacomo, un malade atteint de chancre huntérien, accompagné de syphilides papulo-pustuleuses, de périostite et de douleurs ostéocopes sans tubercules. Les diverses expressions morbides catégorisées dans des périodes différentes coexistent donc fréquemment; aussi ne saurait-on faire de leur irrégularité un argument de quelque valeur. Reprenons du reste rapidement les faits. Le chancre avait son siége sur la moitié

de la lèvre supérieure ; son étiologie, comme ses traces, ont été retrouvées. Il a présenté une induration chondroïde, un fond lardacé, peu de suppuration ; il n'était le siége d'aucune douleur. Cet ulcère était donc bien syphilitique et non pas lépreux, attendu que jamais on n'a vu la lèpre débuter par un accident isolé, et que les phénomènes consécutifs de cette maladie *anesthésique et mutilante* ont fait défaut. Je rappellerai encore les pléiades ganglionnaires, qui dans différentes parties du corps ont atteint un volume considérable ; or ce n'est pas là un symptôme de lèpre. On m'objectera que ce n'en est point un non plus de la syphilis à une période avancée. C'est précisément pour cela que je dois diagnostiquer : une syphilide avec symptômes secondaires accompagnés de tubercules précoces. Enfin je noterai la pigmentation de couleur cuivrée, les vastes stigmates cicatriciels qui peuvent bien être considérés comme étant d'un grand poids pour le diagnostic.

En fin de compte, la nature du traitement et ses heureux résultats sont on ne peut plus probants. Certes, l'action du mercure n'est point bornée à la seule syphilis ; mais nul ne contestera son action nocive dans les dyscrasies. Or, notre malade était cachectique ; il a suffi cependant de quelques injections de calomel pour le rendre à la santé. Ce critérium *a juvantibus et lœdentibus* a pour moi une valeur absolue, car si l'hydrargyre a parfois été appliqué à la cure de la lèpre, l'expérience a prouvé aujourd'hui sa complète inefficacité. Quant à la rechute présentée par ce malade, qui a souffert ultérieurement de presque tous les accidents du début, il me sera bien permis de l'attribuer à la cessation prématurée du traitement spécifique. Manassei, sans nier l'amélioration, a cru devoir l'attribuer au traitement externe fait avec le biodure de mercure ; interprétation inadmissible, car les tubercules disparurent presque im-

médiatement après la première injection sous-cutanée, alors qu'ils avaient été soumis vainement à plusieurs jours de friction.

De tous ces faits, je conclus donc que le malade était syphilitique, parce que, avant d'être contagionné, il jouissait d'un bonne santé ; parce qu'il a manifestement contracté un chancre, que ce chancre a été suivi des phénomènes ordinaires de la syphilis secondaire et tertiaire, et enfin parce que le traitement a fait justice de tous ces symptômes.

Sur l'étiologie de la gale de l'homme et des animaux, par M. Mégnin, lauréat de l'Institut (Académie des sciences).

Conclusions :

1° Les acariens psoriques du genre *chorioptes* qui sont particuliers aux jeunes animaux domestiques et à quelques espèces sauvages, émigrant difficilement des régions qu'ils occupent, ne s'acclimatent pas sur les animaux âgés de la même espèce, non plus que sur des animaux d'espèces différentes, ni sur l'homme, c'est-à-dire que la gale chorioptique ne se transmet pas des jeunes animaux aux animaux âgés ou d'espèces différentes, ni à l'homme.

2° Les acariens psoriques du genre *psorotes* s'acclimatent facilement et rapidement sur des animaux de la même espèce quel que soit leur âge, mais ne s'acclimatent pas sur des animaux d'espèces différentes ni sur l'homme; c'est-à-dire que la gale psorotique des animaux n'est contagieuse ni aux animaux d'espèces différentes de celle dont elle provient, ni à l'homme.

3° Les acariens psoriques du genre *sarcoptes* s'acclimatent avec une grande facilité sur des animaux de la même espèce quel que soit leur âge; quelques variétés des espèces

de ce genre s'acclimatent avec autant de rapidité sur des animaux d'espèces différentes en prenant à la longue les caractères des variétés propres à ces dernières; tel est le *sarcoptus scabiei*, variété *lupi*, qui s'acclimate facilement sur le cheval et sur l'homme; telle est la variété *ovis* de la même espèce qui s'acclimate facilement sur le mouton, le mouflon et les autres ruminants, et peut-être aussi sur l'homme; telle est enfin le *sarcoptes notoedrès* du rat qui s'acclimate sur le chat, le coati, le lapin et le cheval.

4° Enfin, il n'est qu'un moyen certain de reconnaître sur l'homme ou l'animal galeux si l'affection qu'ils portent est bien celle qui est propre à leur espèce, ou si elle leur a été transmise par une espèce différente, c'est la détermination exacte des caractères zoologiques, spécifiques et de variétés de l'acarien psorique qu'ils nourrissent. (*Archives générales de médecine*, décembre 1876.)

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Les syphilitiques de la campagne de Fernand Cortès, par le Dr Jourdanet, broch. in-8°, chez G. Masson, Paris, 1877.......

De la symétrie dans les affections de la peau, par le Dr L. Testut, 1 vol. in-8°, chez A. Delahaye et Cie, Paris, 1877... 7 fr.

De la dilatation rapide des rétrécissements de l'urètre, par le Dr A. Bos, broch. in-8°, chez A. Delahaye et Cie, Paris, 1877... 2 fr.

Etude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique, par le Dr A. Hugonneau, broch. in-8°, chez A. Delahaye et Cie, Paris, 1877... 1 fr. 50

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux, par le Dr Ch. Mauriac, broch. in-8°, chez A. Delahaye et Cie, Paris, 1877... 3 fr.

Clichy. — Imp. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1535, 2-7.)
Le gérant, G. MASSON.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I

DE LA SYPHILIS PAR CONCEPTION, par M. P. Diday.

Le fait pathologique dont je vais dire les circonstances et déterminer les causes me paraît avoir eu jusqu'ici le sort d'une curiosité, pour ainsi dire, bien plus que d'un véritable problème tels qu'on les pose dans les sciences naturelles. Affirmé magistralement, nié avec passion, il compte autant de vraisemblances physiologiques plausibles que d'adhésions personnelles sérieuses : mais son histoire expérimentale est encore à faire.

J'appelle syphilis *par conception*, celle que le produit de la conception, infecté par le père, transmet à sa mère durant la vie intra-utérine ; ou, plus brièvement, la syphilis qui va du père à la mère par le fœtus.

En voici d'abord, comme exemples, deux cas pris dans

le nombre de mes observations, et que, à dessein, j'emprunte à deux de mes collègues de l'Antiquaille.

Premier exemple. — Un homme atteint, depuis 7 mois, d'une syphilis traitée tardivement et irrégulièrement se maria en février 1855, ayant encore des restes de plaques muqueuses aux lèvres et au gosier. Plusieurs fois, pendant les premiers temps du mariage, M. Rodet fut appelé à visiter madame par le mari qui craignait de l'avoir infectée; mais il ne trouva rien sur elle. — Au contraire, le 16 mai, il constata une syphilide papuleuse du tronc et des membres, plaques muqueuses à l'anus et au gosier, adénopathie cervicale et mastoïdienne, le tout avec alopécie, et ayant été précédé de céphalée et de courbatures; mais l'examen le plus minutieux — on sait, à Lyon, comment M. Rodet examine — ne lui fit découvrir aucune lésion primitive à la vulve ni aux lèvres, ni ailleurs.

Les symptômes de syphilis avaient paru au commencement de mai, alors que madame était enceinte de 6 semaines. Traitée méthodiquement, elle guérit, mais accoucha, à moins de sept mois, d'un enfant mort dont l'épiderme se détachait par lambeaux.

Second exemple. — Une jeune fille de 16 ans eut un seul coït avec un jeune homme syphilitique depuis 6 mois, traité régulièrement, et qui, depuis un mois, n'avait plus de symptômes. M. Gailleton examina ce jeune homme *le lendemain du coït,* et ne découvrit aucune lésion ni sur les organes génitaux, ni sur le reste du corps.

Ce coït unique avait rendu la pauvre fille enceinte. Au bout de deux mois et demi, elle consulta M. Gailleton pour des douleurs de tête très-vives ; et quinze jours après, notre confrère constatait une syphilide générale avec des plaques muqueuses à la vulve, mais sans adénopathie inguinale.

Traitée par le mercure, elle accoucha à terme d'une

petite fille qui, 15 jours après sa naissance, présenta un coryza et une syphilide pustuleuse générale, symptômes dont elle fut guérie par l'usage de la liqueur de Van Swieten.

J'ai réuni 26 cas semblables dont toutes les circonstances importantes sont résumées dans le tableau ci-joint, lequel peut par conséquent tenir lieu d'une description de la maladie. Cette description d'ailleurs n'offrirait, symptomatologiquement, rien qu'on ne sache déjà ; car la syphilis par conception n'est pas autre chose que la syphilis acquise, moins un point important toutefois, *moins l'accident primitif.*

RAPPEL DE VINGT-SIX OBSERVATIONS DE SYPHILIS PAR CONCEPTION.

AUTEURS.	N°s.	DURÉE de la cohabitation précédente sans grossesse, la femme restant saine.	ÉTAT DU MARI AU MOMENT de la conception.	ÉPOQUE DE LA grossesse où la syphilis a paru chez la femme.	NATURE DES PREMIERS SYMPTÔMES DE SYPHILIS chez la femme.	ISSUE DE LA GROSSESSE.
Diday.	1	Quatre ans.	Une plaque muqueuse de l'amygdale.	30 jours	Les symptômes n'ont pas été vus.	Avortement à 5 mois.
Diday.	2	Quinze mois.	Un bouton au cuir chevelu.	70 —	Lésions à la face et au gosier, alopécie.	Enfant né à 7 mois 1/2, avec pemphigus; n'a vécu que 2 jours.
Diday.	3	Huit mois.	Trois plaques muqueuses de la lèvre.	33 —	Croûtes du cuir chevelu.	Enfant né sain, à terme, perdu de vue.
Diday.	4	Quatre ans et demi.	Plaques muqueuses (non spécifiées).	90 —	Céphalée, roséole générale, puis 20 jours après, plaques muqueuses anales, gutturales, vulvaires.	Pas de renseignements.
Cejka.	5	Dix-huit mois.	Absence de symptômes, constatée.	30 —	Psoriasis de la face et du cuir chevelu.	Pas de renseignements.
Diday.	6	Dix mois.	Pas de renseignements.	70 —	Syphilide papuleuse générale, squames palmaires.	Avortement à 3 mois.
Diday.	7	Plusieurs années.	Pas de renseignements.	45 —	Symptômes constitutionnels.	Avortement à 6 mois.
Diday.	8	Pas de renseignements.	Pas de renseignements.	43 —	Syphilide générale.	Avortement à 3 mois.
Couturier.	9	Dix mois.	Pas de renseignements.	80 —	Symptômes constitutionnels.	Avortement.
Diday.	10	Quinze mois.	Pas de renseignements.	103 —	Simultanément, plaques muqueuses anales, buccales, vulvaires et acnés capitis.	Avortement à 2 mois 1/2 (avant l'éclosion des symptômes chez la mère).
Delore.	11	Pas de renseignements.	Une syphilide palmaire.	Pas de renseignemt	Accidents secondaires.	Avortement.
Diday.	12	Devenue enceinte immédiatement.	Plaque muqueuse pénienne.	21 —	Plaques muqueuses vulvaires, sans adénopathie. Huit jours après, plaques muqueuses buccales et céphalée.	Enfant né sain : a eu, à 13 mois, une syphilide que j'ai vue. —N'en avait-il pas eue précédemment, en nourrice?
Gailleton.	13	Devenue enceinte immédiatement.	Absence de symptômes, constatée.	70 —	Céphalée, puis plaques muqueuses et syphilide.	Enfant né sain, à terme: a eu, au bout de 15 jours, une syphilide.
Diday.	14	Deux mois.	Pas de renseignements.	60 —	Plaques muqueuses amygdaliennes; puis 15 jours après, acnés capitis, céphalée, roséole.	Pas de renseignements.
Diday.	15	Six ans.	Absence de symptômes, constatée.	120 —	Céphalée; puis, 20 jours après, plaques muqueuses de l'anus, des amygdales et alopécie.	Avortement à 7 mois.
Rodet.	16	Un mois.	Plaques muqueuses de la bouche.	43 —	Céphalée, syphilide générale.	Avortement à 6 mois 1/2.
Diday.	17	Devenue enceinte immédiatement.	Absence de symptômes, constatée.	40 —	Plaques muqueuses vulvaires.	Avortement à 1 mois 1/2.
Diday.	18	Quatre mois.	Plaques opalines de la langue.	100 —	Une squame à l'avant-bras gauche, puis syphilide générale.	Enfant né sain, à terme : a eu, au bout d'un mois, des accidents syphilitiques constatés par un médecin.
Diday.	19	Deux mois.	Absence de symptômes, constatée.	80 —	Céphalée, puis éruption cuivrée sur le ventre et les bras.	Avortement à 5 mois.
Trélat.	20	Devenue enceinte immédiatement.	Rien que la cicatrice d'un chancre ancien.	130 —	Eruption pustulo-crustacée de la face, alopécie.	Avortement.
Diday.	21	Quatre ans.	Avait eu la syphilis, mais n'avait rien.	2 mois après f.-couches.	Plaques squameuses du cuir chevelu, puis plaques muqueuses de la vulve.	Avortement à 2 mois.

RAPPEL DE VINGT-SIX OBSERVATIONS DE SYPHILIS PAR CONCEPTION.

AUTEURS.	Nos	DURÉE de la cohabitation précédente sans grossesse, la femme restant saine.	ÉTAT DU MARI AU MOMENT de la conception.	ÉPOQUE DE LA grossesse où la syphilis a paru chez la femme.	NATURE DES PREMIERS SYMPTÔMES DE LA SYPHILIS chez la femme.	ISSUE DE LA GROSSESSE.
Diday.	22	Treize jours.	Légères plaques muqueuses buccales et génitales, récidivant depuis 8 ans.	90 —	Sent simultanément mal au gosier, à la langue, aux lèvres, céphalée, plaques muqueuses anales et vulvaires, puis éruption papuleuse générale.	Enfant né à terme, nourri par la mère. Au bout de 24 jours, éruption syphilitique aux cuisses, aux bourses et aux talons ; mort à 5 mois malgré le traitement.
Diday.	23	Trente jours.	Ex-syphilitique, mais n'avait rien en se mariant.	90 —	Un mal de gorge, suivi peu de jours après, de roséole; plus tard, des ecthymas, ulcères serpigineux, hémiplégie, etc.	Fausse-couche à 7 mois.
Maigrot.	24	Soixante-quinze jours.	N'avait rien,	45 —	D'abord des boutons à la tête, puis bientôt après, une éruption qui se répand par tout le corps.	Avortement à 5 mois.

Les deux observations suivantes nous montrent le même phénomène, identique dans sa cause, ses effets, sa modalité ; différent seulement par la date d'apparition. Ici, les symptômes secondaires ne se sont manifestés chez la mère que consécutivement à l'accouchement.

Faut-il, en considération de cette unique différence, et malgré l'affirmation de deux auteurs recommandables, croire que ces confrères se sont trompés, qu'il ne s'agissait là que d'une vulgaire transmission directe du mari à sa femme ? Nous ne le pensons pas, et parmi les principaux motifs de notre doute, nous plaçons celui-ci : c'est que, pour admettre cette explication, il faudrait, en raison de la date où éclatèrent les accidents secondaires, supposer que la contagion aurait eu lieu à une époque de la grossesse tellement rapprochée de l'accouchement que ni les maris ne sont, en général, capables de telles ardeurs, ni surtout l'accoucheur n'aurait pu méconnaître, pendant la parturition, un chancre qui alors devait être tout récent.

AUTEURS.	Nos	DURÉE de la cohabitation précédente sans grossesse, la femme restant saine.	ÉTAT DU MARI AU MOMENT de la conception.	ÉPOQUE DE LA grossesse où la syphilis a paru chez la femme.	NATURE DES PREMIERS SYMPÔMES DE LA SYPHILIS chez la femme.	ISSUE DE LA GROSSESSM.
Semanas.	25	Devenue enceinte immédiatement.	Avait eu la syphilis et l'avait encore. Impétigo capitis, syphilide palmaire.	50 j. après un accoucht à 8 mois environ.	Pustules d'abord au nez, à la bouche et au cuir chevelu, puis sur toutes les parties génitales externes. La syphilis fut galopante.	Enfant né sain, mais qui offrit à 1 mois des symptômes de syphilis auxquels il succomba en peu de jours, malgré le traitement.
Beyrau.	26	Devenue enceinte immédiatement	Avait une syphilis récente (de 5 mois).	60 j. après un accoucht à terme.	Impétigo du cuir chevelu avec céphalée. Bientôt après, roséole générale.	L'enfant avait, en naissant : érythème génital, plaques muqueuses à l'anus, à l'ombilic, au cou et à la tête.

Je disais tout à l'heure que, symptomatologiquement, la syphilis par conception n'est pas autre chose que la syphilis, sauf un point, sauf l'accident primitif. Mais manque-t-il réellement chez les sujets de nos observations, cet accident primitif ?...

Là est toute la question. Car le dogme de la syphilis par conception compte encore des incrédules, et ils ne se gênent point, chaque fois que nous apportons un nouvel exemple, pour nous répondre : « Vous croyez cette femme infectée par son fœtus !.. Illusion ! Elle l'a été tout simplement par son mari ; elle n'a pris qu'une vérole vulgaire. Seulement, vous avez méconnu chez elle le chancre initial. »

Tout se réduit donc à savoir si l'on a, sur ces femmes, méconnu le chancre ?... Consultons les faits, et voyons s'il en est ainsi, s'il peut en être ainsi.

Et d'abord, dans 10 de mes observations, l'auteur dit positivement qu'il a cherché, mais n'a pas trouvé de chancre. En outre, dans aucune des observations, en fait de chancre, le mot n'est prononcé ni la chose désignée. Ces déclarations et ce silence n'ont-ils pas leur langage ? ne parlent-ils pas assez haut ?... Eh quoi ! selon vous, il existait chez 26 femmes un chancre et 26 fois des médecins instruits, des spécialistes exercés à cette exploration, des chercheurs à qui leur théorie dit « il y a là un chancre, quelque part, » n'ont pu le découvrir !...

Avançons. On n'a pas trouvé de chancre. Bon. — Mais qu'a-t-on trouvé, pour première lésion, chez la femme infectée ?... Oh ! ici la réponse est claire, autant qu'univoque. Presque toujours, en chiffres précis, 21 fois sur 25, c'est par des symptômes secondaires que la scène s'ouvre, c'est-à-dire par *plusieurs* lésions *non ulcéreuses*, apparaissant *simultanément sur divers points* du tégument. Si la syphilis venait directement du mari, elle aurait paru d'abord à la vulve ou à la bouche, n'est-ce pas ? car ce n'est que par

là qu'on se touche en ménage. Eh bien! 17 fois sur 25, il se trouve que la première poussée ne comprenait aucune lésion génitale, anale ni buccale. — Enfin, dans la plupart des cas, l'auteur de l'observation mentionne d'abord une éruption de roséole et de croûtes du cuir chevelu, précédée de céphalée et suivie, seulement au bout de 10 ou 12 jours, de plaques muqueuses. Or j'en appelle à ceux qui ont vu : n'est-ce pas là le tableau exact de l'évolution de la première poussée secondaire, dans la vérole acquise? — Certains détails forcent la conviction. Ainsi on a noté, pour premier signe, chez une femme, une plaque de psoriasis à la face; chez une autre, une plaque squameuse à l'avant-bras gauche! — Il y a bien eu, sur sept d'entr'elles, des plaques muqueuses de la vulve, cinq fois coïncidant avec l'éruption générale et deux fois seulement existant comme premier symptôme ; mais dans aucun de ces cas, il n'y avait d'engorgement des ganglions inguinaux. Pas d'adénopathie : donc pas de chancre.

Par sa nature même, cette invasion d'emblée *totius superficiei* plaide non moins fortement contre l'hypothèse d'un chancre méconnu. Évidemment une éruption qui couvre subitement la peau et les muqueuses de taches compromettantes et de plaques douloureuses, ne passe point inaperçue, ne laisse tranquilles ni le mari, ni la femme, ni sa mère. Vite on consulte: s'il y avait un chancre il serait donc tout récent, et par conséquent le médecin ne saurait manquer de voir soit l'ulcère ou sa cicatrice caractéristique, soit au moins l'adénopathie qui est toujours si longtemps persistante...

Comment, d'ailleurs, cette poussée générale échappera-t-elle à l'œil du praticien, si elle éclate juste à l'époque où celui-ci est si fréquemment, si anxieusement appelé pour les malaises habituels du début de la grossesse?... Or, c'est ce qui a lieu. Chez une seulement des 24 malades

de la première série, l'éclosion des symptômes s'est faite après le quatrième mois de la gestation : terme extrême et terme d'ailleurs fort rare, puisque chez 14 d'entre elles cette éclosion a eu lieu avant le 70e jour, et que la moyenne des 24 cas en porte la date à 65 jours à partir de la conception.

Les débats clos sur ce premier point, je conclus : non, la femme n'a pas eu, non la femme n'a pas pu avoir de chancre. — Maintenant, l'homme qu'on accuse de lui en avoir donné, le pouvait-il faire ?... Voyons.

Je relis mes observations en ce qui touche l'état du mari lors de la conception, et je trouve que :

10 fois, le médecin a constaté qu'il n'avait alors aucune lésion ;

6 fois, il n'est pas fait mention de son état sous ce rapport ;

3 fois, le mari avait des lésions syphilitiques ; mais elles furent évidemment bien innocentes de ce qu'il advint à madame, car ces lésions, ou de par leur siége et leur nature, n'étaient pas transmissibles (une acné *capitis*, une syphilide palmaire), ou étaient hors d'état de produire par contact la première lésion qu'on vit apparaître chez la mère (une pustule du cuir chevelu engendre-t-elle des plaques gutturales ? une plaque labiale, des croûtes du cuir chevelu ? des boutons à la langue, une plaque squameuse de l'avant-bras ? enfin des lésions buccales, une céphalée ?...)

Je reprends : une femme qui a la vérole peut la tenir, soit directement de son mari, soit, par choc en retour, de son enfant. En d'autres termes, l'homme infecte sa femme ou comme époux, ou comme père. Eh bien ! de ces deux procédés, lequel a fonctionné dans les cas de mon tableau ?

Ce qui précède montre déjà combien il est peu probable que ce soit le premier. Mais l'histoire rétrospective de nos

vingt-six ménages apporte en faveur du second mode une présomption tout aussi forte, quoique indirecte. Chez onze de mes malades, au moment où eut lieu cette première grossesse qui se compliqua de syphilis, le mariage datait, une fois de 8 mois, deux fois de 10, deux fois de 15, une fois de 18, une fois de 3 ans, une fois de 4 ans, deux fois de 4 ans 1/2, de 5 et de 6 ans. Ainsi, pendant des années, je dis plus, pendant les premiers mois, au milieu des excès, des imprudences qu'éclaire la lune de miel, rien ne souille ce lit que Lucine n'a point encore visité. Et plus tard, et justement alors que, chez le mari, l'amour et la syphilis n'ont fait que perdre de leur première ardeur, on voit l'infection frapper la pauvre femme épargnée jusque-là!... Que s'est-il donc passé ? Presque rien ; seulement le mari est devenu père (1) et l'on peut dire à l'instar du fabuliste :

Deux époux vivaient *sains*, *un embryon* survint ;
Voici la *vérole* allumée !

(1) Pour compléter le dépouillement des matériaux contenus dans mon tableau statistique, je dois faire connaître le sort, dans les 26 cas, du produit de la conception.

Trois fois, l'observation ne contient aucun renseignement sur ce point.

Deux fois, il est seulement dit qu'il y eut avortement.

Douze avortements, sont ainsi spécifiés : 1 à 2 mois, 1 à 6 semaines, 1 à 2 mois et demi ; 2 à 3 mois ; 3 à 5 mois ; 1 à 6 mois; 1 à 6 mois et demi ; 2 à 7 mois.

Quant aux huit autres cas : un enfant naquit à 7 mois et demi, avec un pemphigus et ne vécut que deux jours ; — un, naquit à terme, sain (pas d'autres renseignements); — un né à terme eut, au quinzième jour, des symptômes de syphilis ; — un né sain, fut vu par moi, à 13 mois, ayant des symptômes syphilitiques bien caractérisés (n'en avait-il pas déjà eus, en nourrice ?); — un, né sain, eut, au bout d'un mois, des accidents syphilitiques constatés par un médecin ; — un, né sain, eut, au bout de 24 jours des accidents syphilitiques, et mourut à 5 mois ; — un, né sain, eut, au deuxième mois, des lésions spécifiques auxquelles il succomba en peu de jours ; — enfin, un avait, en naissant, des plaques muqueuses.

La transmission est donc réelle. Le fait n'a maintenant rien de douteux ; bien plus, il nous est connu dans toutes ses circonstances, d'autres diraient dans toutes ses *lois*.

Or, deux de ces circonstances méritent surtout de nous préoccuper par leur singularité non moins que par la portée des conséquences qu'elles renferment : c'est la précocité du fait, d'abord ; ensuite sa rareté.

Je dis, en premier lieu, que cette transmission est remarquablement précoce, puisqu'elle a lieu dès les premiers temps de la gestation, à une époque, notons-le bien, où le produit de la conception n'a encore aucun signe visible de syphilis. Je n'oserais dire qu'il n'en ait pas dès lors dans les cas, très-exceptionnels, où l'on voit l'enfant naître avec des lésions syphilitiques. Je ne le dirais pas non plus des cas qui se terminent par avortement ; car la plupart des fœtus offrent alors quelque lésion viscérale (et qui peut savoir à quel moment de la vie intra-utérine cette lésion a débuté ?). Mais je l'affirme, pour les cas assez fréquents (observations 3, 12, 13, 18, 22, 25) où l'on voit l'enfant naître, vivre, pendant plusieurs semaines, bien portant et n'être atteint qu'après 15, 20, 30 jours, de ces premières manifestations syphilitiques.

Notons, d'ailleurs, qu'aucune des deux exceptions précitées n'a de quoi infirmer ce que je disais. N'a-t-on pas vu tout à l'heure en effet que, bien au contraire, en règle générale, la syphilis qui est ainsi transmise à la mère se manifeste chez elle dès les premiers mois de la grossesse et cela même dans les cas assez fréquents, où l'on voit ensuite l'enfant naître à terme et vivre plusieurs semaines sans aucune manifestation de la syphilis (obs. n°s 3, 12, 13, 18, 22 et 25) ?

De cette analyse rigoureuse des faits concluons-nous donc que l'être procréé peut, ne l'ayant pas, donner la vérole à sa mère ?... Non ; l'histoire des virus, celle en

particulier de la syphilis héréditaire nous enseigne trop clairement que parfois le principe du mal existe dans un organisme quoique n'y étant actuellement perceptible par aucune manifestation (1).

Mais, puisque ce virus quoique latent est transmissible, puisqu'il n'y a pas besoin que le produit de la conception ait des lésions pour qu'il devienne contagieux, une conséquence naturelle en ressort : c'est que lorsque son père l'a fait syphilitique, il n'y a pas de raison pour qu'il ne le soit dès les premiers instants de sa formation. Non-seulement le fœtus, mais l'embryon, mais l'ovule même peut donc infecter celle qui le porte ; car les moindres connexions entre les deux êtres suffisent à la migration d'un agent aussi subtil ; et l'on sait si, quoique médiates, ces connexions s'établissent de bonne heure.

Cette notion n'a pas un intérêt purement spéculatif ; elle éclaire certaines obscurités que nous offre assez souvent la pratique. Ainsi le passage de la syphilis du fœtus à la mère n'est point un dogme nouveau. On le connaissait bien jadis ; mais on ne tenait pour exemples probants de ce mode de transmission que les cas où l'enfant, une fois né, avait ensuite eu des accidents caractéristiques.

Il faut aller plus loin maintenant. Une femme se voit atteinte de syphilis, n'ayant d'autre antécédent, d'autre cause possible de ce mal qu'un *retard* de quelques mois, ou de quelques semaines... Cela suffit ; le fait est physiologiquement explicable si son mari a, ou a eu autrefois la syphilis —Il faut aller plus loin encore. Pas n'est besoin d'un *retard ;* car, d'une époque à l'autre, il y a le temps voulu pour que se soit faite l'implantation à la surface utérine d'un ovule syphilisé et par cette implantation la

(1) C'est là le chapitre des *Syphilis imperceptibles*, travail resté inédit, que je lus il y a douze ans environ, sous ce titre, à la Société

transmission du virus. Alors si une cause quelconque vient à déterminer l'expulsion de l'ovule avant le retour de l'époque, ou à l'époque même, tout aura passé inaperçu; et une pauvre femme qui ignore les antécédents de son mari, se trouvera vérolée sans pouvoir se rappeler autre

de médecine de Lyon et dont quelques extraits trouvent ici naturellement leur place.

Un auteur avec lequel la concordance d'opinions m'est particulièrement précieuse, M. Henry Lee, s'exprime ainsi, en citant des observations de sa pratique :

« Quelques individus qui n'ont jamais offert de symptômes de syphilis, soit héréditaire, soit acquise, sont incapables de contracter la syphilis, ou s'ils la prennent, elle affecte une forme tellement légère qu'elle ne nécessite pas de traitement mercuriel. L'explication n'est pas difficile. J'ai vu dernièrement l'exemple d'une femme qui, ayant eu la syphilis, engendra 10 enfants. Sept d'entre eux moururent, les uns avant terme, les autres un ou deux ans après leur naissance. Des trois qui survécurent deux eurent des éruptions syphilitiques qu'on dut traiter par le mercure; un seul n'offrit jamais aucun symptôme de la maladie héréditaire.

« Pouvons-nous dire, ajoute M. H. Lee que, parce que, dans ce cas exceptionnel, les symptômes visibles de la syphilis manquaient, il n'y eut pas cependant quelque chose de semblable à la syphilis, communiqué à cet enfant ainsi qu'à tous les autres ?

« Pouvons-nous même affirmer, en fait de maladies héréditaires, que parce que les symptômes ont manqué chez un individu ou dans une génération, la diathèse a cessé ? Un homme avancé en âge, et qui avait plusieurs fois été atteint de maladies vénériennes, eut une nombreuse famille. L'une de ses filles eut, à 17 ou 18 ans, une éruption qu'on traita par la salsepareille. Un de ses fils, quoique s'étant fréquemment exposé à la contagion, n'a jamais eu la syphilis proprement dite. Ce fils se maria. Au bout de quelque temps, sa femme eut une éruption qu'on jugea syphilitique et qui, en effet, céda aux remèdes anti-syphilitiques. Enfin, le mari eut lui-même une éruption exactement semblable à celle de sa femme. M. Henry Lee, qui la vit, la considéra comme une forme faible et modifiée de la syphilis héréditaire. » (*The Lancet*, 2 août 1862.)

. . . .

Ces syphilis imperceptibles peuvent aussi exister chez le fœtus. Ce cas est plus rare; il n'est pas moins réel. En voici un exemple remarquable que je cite tel que notre regretté confrère, le Dr Mel-

chose — et encore à la condition de s'être observée avec beaucoup d'attention — autre chose qu'une *époque* qui s'accompagna d'un peu plus de coliques et peut-être de quelques caillots de plus que ses époques ordinaires !

De pareilles éventualités sont graves à plus d'un point

chior Robert, me le communiqua lui-même et que je l'écrivis sous sa dictée :

Mme X... s'est mariée, il y a cinq ans, dans un état de santé irréprochable. Peu de temps après son mariage, sa santé s'est détériorée; elle a été en proie à des douleurs générales et notamment aux membres inférieurs, à des névralgies céphaliques; elle s'est amaigrie rapidement. (Elle était devenue enceinte dès les premiers jours de son mariage.)

L'accouchement a eu lieu vers le septième mois de sa grossesse. L'enfant était très-petite et malingre ; elle a vécu et n'a offert ultérieurement aucun symptôme caractéristique de la syphilis.

Mme X..., après sa couche, a présenté, à une époque que je ne pourrais préciser, des symptômes qui furent méconnus par son médecin ordinaire et restèrent un an environ sans traitement spécifique. — Plus tard, j'ai reconnu sur elle des symptômes de syphilis (impetigo, tubercules rétro-pharyngiens) qui, ayant disparu sous l'influence d'un traitement iodo-mercuriel, ont plusieurs fois récidivé.

M. X... avait eu la syphilis quatre ans avant son mariage. Durant les deux années qui ont précédé son mariage, me dit M. Robert, cet homme que je connaissais, que je voyais souvent, n'avait eu aucun signe apparent de syphilis; et cependant, lorsque j'examinai M. X... je découvris sur lui une exostose tibiale qui céda à l'iodure de potassium. »

D'après les détails de ce cas, la syphilis n'a pu être donnée à la mère que par son fœtus; et cependant il n'en avait aucun symptôme. — Voici donc une syphilis très-réelle puisqu'elle a été transmise, et cependant une syphilis imperceptible.

Les véroles imperceptibles courent le monde en effet. Elles le remplissent : que dis-je ? elles le peuplent. Ces enfants, une fois devenus adultes, ces femmes, une fois éloignées du moment de leur couche, ne conservent pas plus le souvenir que la trace des insignifiants accidents qui, à l'époque de leur éclosion, passèrent si aisément inaperçus parmi les orages de l'enfance ou de la grossesse. Ils ont fait de la vérole comme M. Jourdain faisait de la prose. Ils ignorent, tout le monde autour d'eux ignore ce qu'ils ont eu. Mais qu'une occasion se présente et le fait deviendra patent. S'ils s'exposent au contact du virus syphilitiqu celui-ci ne trouvera évidemment pas, pour

de vue. Leur importance sociale, médico-légale même, n'échappera à personne ; mais ce n'est point ici le lieu d'en développer les conséquences. Ne sortons pas du domaine des sciences naturelles.

« Toute vérole, a-t-on dit depuis Ricord, commence par un chancre. » Le principe est admis, et ce n'est certes pas moi qui voudrais l'ébranler. Et cependant mainte dérogation y est chaque jour relevée par l'observation la plus consciencieuse, la plus éclairée, même la plus orthodoxe. Or, chose curieuse, c'est *chez les femmes* (abstraction faite, bien entendu, de la syphilis congéniale) c'est chez la femme que se rencontrent ces exceptions, ces cas singuliers d'accidents secondaires éclatant d'emblée, sans qu'on puisse découvrir la porte d'entrée, l'accident primitif.

Chez l'homme le chancre se trouve toujours.

pénétrer leur organisme, des conditions aussi favorables que chez un sujet parfaitement indemne. C'est alors, c'est dans cette classe de gens ainsi prédestinés que s'observent les exemples d'individus réfractaires à la vérole, exemples qui sont un sujet d'étonnement pour la médecine.

C'est cette présomption d'immunité héréditaire que Ricord a formulée dans les termes suivants :

« L'existence de la diathèse syphilitique chez les parents les mettant, comme règle générale, à l'abri d'une nouvelle contagion, il est probable que les enfants naissant de parents syphilitiques et passibles de toutes les conditions de l'hérédité doivent jouir de la même prérogative que leurs parents. » Ce serait là, comme on voit, un nouvel article à ajouter au Code civil, Chapitre des successions.

Plus fréquemment, sans être absolument réfractaires, ces sujets contractent la vérole, s'ils s'y exposent; mais ils ne la contractent qu'atténuée. Chez eux, de quelque source qu'elle provienne, quelque prédisposition que leur constitution semble offrir à une intoxication de haut degré, cette intoxication reste bornée à des effets de peu de gravité. Le fait d'une vérole imperceptible subie antérieurement est donc, pour le pathologiste, un élément presque toujours obscur et douteux, mais un élément dont il devra néanmoins tenir compte lorsqu'il cherchera à s'expliquer pourquoi chez tel ou tel sujet, et parfois en dépit des prévisions les plus rationnelles, la vérole est forte ou faible,

Cette bizarrerie a occupé beaucoup de plumes. Mais on croyait l'avoir suffisamment expliquée en la mettant sur le compte des dissimulations ou des mystères si fréquents et si peu pénétrables des organes féminins ainsi que de l'organisation féminine... Je ne tiens pas plus, pour ma part, à incriminer le sexe qu'à confondre ses détracteurs. J'appelle seulement l'attention sur une solution toute différente et selon moi plus rationnelle de la difficulté, c'est-à-dire sur l'empiètement, tel qu'il vient d'être défini, de la syphilis héréditaire dans le champ de la syphilis des adultes. Mais cette solution, remarquons-le, trouve elle-même son meilleur appui dans le fait qu'elle éclaire; car si la syphilis par conception fait seule comprendre les véroles féminines d'emblée, à son tour l'existence des véroles féminines d'emblée confirme pleinement la réalité des syphilis par conception.

En dressant tout à l'heure le signalement de la syphilis par conception, j'ai parlé de sa *rareté;* et ce second fait ne me paraît pas de nature à piquer moins vivement la curiosité des cliniciens, de ceux du moins qui regardent quelquefois derrière leur feuille d'observation. « Puisque parfois un fœtus syphilitique infecte sa mère, se diront-ils, pourquoi tous les fœtus syphilitiques n'infectent-ils pas leur mère? » Dans les transmissions entre adultes, ajouteront-ils, on connaît les divers obstacles qui peuvent s'opposer à un résultat positif. Tantôt c'est que le virus, à ce moment, était à l'état de *puissance* et non *d'action;* tantôt c'est que le contact n'a pas été suffisamment intime; c'est enfin que la réceptivité faisait défaut chez le sujet exposé à contracter.—Mais aucun de ces motifs n'est pertinent, dans l'espèce. D'abord la syphilis fœtale n'évolue pas par poussées séparées par des intermittences: si donc le produit de la conception est contagieux, il l'est au même degré pendant toute la durée de sa vie

intra-utérine. Quant au mode de contact du virus avec la mère, il est essentiellement intime, essentiellement continu, et, d'ailleurs, identique dans tous les cas. Enfin, la réceptivité est complète puisque nous ne parlons, bien entendu, que de femmes n'ayant pas été syphilitiques jusque-là. C'est donc à bon droit que, fort de données aussi péremptoires, le physiologiste se demande : « Quelques femmes subissant cette contagion, pourquoi toutes ne la subissent-elles pas? A la multitude des nouveau-nés syphilitiques, si grand qu'en soit le nombre, comment reste-t-il une seule mère saine? »

Or, c'est un fait, pourtant, que les mères échappent dans la majorité des cas; qu'elles échappent, alors même que le fœtus qu'elles portent était le plus fortement infecté. Nous avons tous vu, et j'ai cité des enfants nés de père syphilitique, atteints eux-mêmes et morts de syphilis dans les premiers mois, leur mère étant restée exempte de symptômes ; de telle sorte que le fait le plus intéressant, le fait qui appelle tous nos efforts d'interprétation n'est point celui qui est le sujet de ce travail, n'est point la syphilis par conception, mais bien l'immunité contre la syphilis par conception.

Mais cette immunité est-elle réelle?... Examinons. Dans la pathologie des intoxications constitutionnelles *qui ne se doublent pas*, on ne doit regarder comme étant vraiment exempt de leur virus que celui qui se trouve apte à en subir l'atteinte, à en être imprégné; et tout sujet que j'y vois réfractaire me donne le soupçon, sinon qu'il a précédemment été infecté par ce virus, du moins qu'il en a été touché *peu ou prou*. Pour nos collègues, les variologues, c'est là un axiome, c'est l'a b c de la langue courante... L'insertion variolique échoue-t-elle sur un individu?... C'est, disent-ils sans hésiter, c'est que la variole ou la vaccine avaient passé par là.—Être capable de prendre une

seconde vérole, voilà, selon Ricord, la seule bonne preuve qu'on était bien guéri de la première; et mes recherches cliniques sur les *réinfections syphilitiques* n'ont fait que confirmer, sur ce point, l'avis du grand législateur.

Or, justement il se trouve que les femmes dont nous parlons peuvent être considérées comme réfractaires à l'infection syphilitique. Je n'ai pas ici à le démontrer. Cette sorte d'immunité a frappé tous les observateurs : sous le nom de *loi de Colles*, elle a reçu sa promulgation authentique. Un nouveau-né se trouve avoir des plaques muqueuses au menton ou aux commissures. Eh bien, il infectera une nourrice étrangère; mais s'il tète sa mère, il ne lui donnera rien, quoique précédemment elle n'ait jamais eu, elle, aucun symptôme de syphilis.

Voici bien le fait. Mais le pourquoi !... Pourquoi une issue si différente? Pourquoi cette transmission à une femme pendant sa grossesse et par sa grossesse a-t-elle lieu tantôt de façon à provoquer l'éclosion chez la mère de lésions syphilitiques, tantôt, et le plus souvent, de façon seulement à créer chez elle *l'irréceptivité ?...* Voici ma réponse :

Un célèbre humoriste anglais a fait dire par son burlesque héros : « L'enfant est parent de ses père et mère, oui; mais les père et mère ne sont pas parents de leur enfant, parce qu'ils ne reçoivent pas de son sang. » Cette boutade de Sterne m'a toujours donné à réfléchir; mais si je la réédite aujourd'hui, c'est pour bien spécifier qu'elle n'est applicable qu'au père.

Quant à la mère, c'est autre chose : elle est bien de la famille. Oh! pour celle-là, ses papiers sont en règle. La nature ayant voulu — et l'on sait si elle y réussit — donner à l'amour maternel le *summum* l'intensité possible, elle devait, entre les deux êtres, mère et fils, établir, dès l'origine, un lien de plus que celui de la génération. Pour qu'ils

s'identifiassent, pour que l'un vécût réellement en l'autre et par l'autre, il fallait qu'il y eût entre eux réciprocité physiologique primordiale et permanente, il fallait — si j'ose créer le mot — qu'il y eût puérification de la mère.

Or, ce *quelque chose* qui passe du fœtus à la mère (1), qu'est-ce?... On l'ignore; mais on en connaît, on en voit les effets. Cette impression reçue par la mère, un fait bien connu suffit à en prouver non-seulement l'existence, mais la force et la durée : c'est l'apparition, chez les enfants d'un second lit, de certains caractères physiques ou de quelques vices organiques propres au premier père, la mère étant restée exempte de leur atteinte ; transmission qui a lieu et que l'on constate encore plus aisément chez les animaux.

— « Mais ce fait, tout incontestable qu'il soit, est bien rare, me dira-t-on. » — Rare!... J'attendais ce mot, qui me ramène à l'objet de notre étude spéciale, et je conclus par un rapprochement que toutefois j'énonce, quelque plausible qu'il me paraisse, bien plutôt comme sujet de recherches que comme théorème démontré.

Il est des degrés en tout. Les influences morbides aussi bien que les influences naturelles sont fortes ou faibles, selon les circonstances (2).

Eh bien! l'action du fœtus sur sa mère offre, elle aussi,

(1) On comprend qu'il passe en même temps ainsi quelque chose du mari à sa femme : explication physiologique du degré d'union, d'intimité de plus, que la naissance d'un enfant cimente d'ordinaire entre les époux.

C'est également grâce à l'influence fœto-maternelle que, dans certains ménages plusieurs fois féconds, l'on voit peu à peu s'établir entre les deux conjoints une ressemblance physique, dont le public s'étonne et qu'il explique par les effets d'une sympathie souvent beaucoup plus sujette à controverse que notre hypothèse.

(2) *Originairement* (c'est-à-dire en l'absence de toute influence thérapeutique) la syphilis est forte dans certains cas, faible dans d'autres. L'expérimentation montre que cette différence d'intensité, quant aux

ces gradations auxquelles naturellement répondent deux sortes distinctes d'effets. Ainsi :

L'action du fœtus sur la mère est-elle forte ?... Dans l'ordre pathologique que j'étudie, son effet sera la syphilis *par conception*.—Dans l'ordre physiologique, ce sera cette impression dont je parlais tout à l'heure, impression si profondément subie par la mère ou la femelle qu'on en constate l'effet chez les produits du second lit, ou des portées suivantes.

Au contraire, l'action du fœtus sur la mère est-elle faible ?... Dans l'ordre pathologique, son effet sera l'immunité précitée de la mère-nourrice contre le mal de son enfant, mal qui est contagieux pour toute autre nourrice. — Dans l'ordre physiologique, ce sera... Mais pourquoi chercher si loin? Tous les jours, dans nos familles, ne voyons-nous pas une immunité toute pareille, et celle-là aussi touchante pour le moins que décisive? Fût-il le plus dénaturé des monstres, l'être le plus notoirement dangereux pour autrui, quelle mère, au moral comme au physique, s'est jamais sentie blessée par son enfant ?...

Ces variations d'intensité, il resterait, après avoir étudié leurs effets, à en déterminer la cause ? Grande question, problème dont la hauteur m'impose sans m'effrayer toutefois, et que je ne renonce pas à traiter quelque jour, si Dieu m'accorde vie... et nouvelles observations.

affections virulentes, s'observe dans les circonstances mêmes où l'on se croyait le plus autorisé à espérer, où l'on avait tout fait pour obtenir l'identité des résultats. Ainsi, en 1830, les médecins de Versailles, inoculant du fluide variolique, ne produisirent, chez les sujets inoculés, que des boutons locaux ; en 1831, recommençant à opérer avec le même fluide et dans des conditions en apparence toutes semblables, ils observèrent chez les inoculés une éruption locale suivie d'une éruption générale. — De même, en 1852, à Lyon, 20 inoculations de liquide lacto-variolique ne déterminèrent qu'une éruption locale des plus bénignes et cependant préservatrice. Répétées en 1854, ces mêmes inoculations eurent des suites assez graves pour dissuader ceux qui en avaient été témoins de toute nouvelle tentative de cette espèce.

II

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite.)

IV.

A ces myosites plus ou moins inflammatoires se rattachent les *torticolis* et les *lumbagos syphilitiques* qui sont transitoires ou permanents, suivant que le processus est résolutif ou aboutit à la dégénérescence définitive, dont l'atrophie et la sclérose musculaire sont la conséquence.

J'ai soigné autrefois un malade âgé de 25 ans, doué d'une santé robuste, exempt en apparence de toute maladie constitutionnelle, qui avait contracté une syphilis des plus graves à Bordeaux. Un ou deux ans après l'apparition de l'accident primitif, ce jeune homme, en pleine période tertiaire, avec des manifestations gommeuses dans le nez, dans la gorge, sur divers points du système osseux, fut pris de douleurs très-vives dans la région rénale. Peu à peu le tronc s'incurva en avant, sans qu'il lui fût possible de le redresser. Cet état de choses, qui avait persisté pendant deux ou trois années, en présentant diverses alternatives insignifiantes, finit par devenir stationnaire. On ne percevait sur les lombes aucune tumeur.

Le malade souffrait profondément du côté des reins, quoique les urines fussent à leur état normal. Sa santé avait été fortement éprouvée dès le début de la syphilis. A cette époque, il tomba dans un état presque cachectique. Les périostoses se multipliaient sur les os du tronc. Il fut atteint

d'une bronchite chronique avec expectoration abondante, qui me sembla provenir d'une influence spécifique. Il ne guérit de tous ces accidents qu'à la longue et à force de se gorger d'iodure de potassium. Mais il ne parvint jamais à se redresser, et, aujourd'hui, quoiqu'il n'ait présenté depuis plusieurs années aucune manifestation syphilitique, la rétraction musculaire déterminée par la sclérose atrophique a rendu l'incurvation du tronc définitive. Les doses les plus élevées d'iodure de potassium n'ont eu aucune action curative sur cette infirmité.

Dois-je vous citer ce cas comme un exemple de myosite syphilitique portée à ses conséquences les plus extrêmes? Je reste dans le doute, et voici pourquoi. Le frère aîné de ce malade, qui n'avait jamais eu la syphilis, avait été pris d'un *lumbago chronique* à peu près vers le même âge. Ce lumbago avait entraîné lui aussi une incurvation permanente de la colonne vertébrale en avant. Or, Messieurs, presque tous les membres de cette famille étaient scrofuleux, surtout du côté de la mère. Une sœur de ces malades mourut de la poitrine à l'âge de 17 ans. — Le frère le plus jeune, quoique doué d'une santé vigoureuse, a souffert jusqu'à l'âge de 23 ans d'ophthalmies strumeuses très-graves, mais il n'a pas eu de lumbago. Je tenais à vous citer ce fait parce qu'il me paraît instructif.

Quelle est la part respective qu'il faut faire à la syphilis et à la scrofule dans la production de ce grave lumbago? Sans l'intervention de la syphilis, se serait-il produit chez le malade dont je vous parle, comme chez son frère aîné? Il est bien difficile de se prononcer; mais quand de pareils accidents surviennent en même temps que d'autres, dont l'origine syphilitique ne peut pas être mise en question, il est tout naturel de supposer que la syphilis n'est pas étrangère à leur production, et que si elle ne leur a pas donné naissance par une action morbide immédiate

et directe, elle a du moins mis en jeu des influences étiologiques générales ou locales qui sans elle seraient peut-être restées indéfiniment latentes.

V.

L'élément musculaire n'est pas le seul qui soit atteint dans la myosite. Souvent le travail morbide envahit aussi la portion tendineuse du muscle. Il est même remarquable qu'il a plus d'affinité pour ses extrémités que pour sa partie moyenne. C'est un fait que je vous ai déjà signalé à propos des myopathies avec contracture. Vous vous rappelez que le biceps, par exemple, était douloureux quelquefois, au niveau de l'insertion de ses fibres sur son tendon. La prédilection de la syphilis pour les tissus fibreux, et en particulier pour le périoste qui devient si fréquemment le siége de sa détermination, pouvait faire supposer *à priori* que les tendons et les aponévroses ne lui échapperaient pas. Mais comme ces organes jouent un rôle physiologique passif, les troubles fonctionnels que produisent leurs affections sont rares et d'un ordre peu élevé ; aussi n'est-il pas étonnant qu'ils échappent à l'observation.

Malgré leur organisation peu vasculaire, les tendons peuvent donc devenir le siége d'une inflammation spécifique. Il se fait à leur surface ou dans leur épaisseur un épanchement de matière néoplasique dont la consistance est tantôt ferme et solide, tantôt gélatiniforme. Il en résulte une tuméfaction diffuse, plus ou moins considérable, ou bien des tumeurs circonscrites, des épaississements partiels, des noyaux durs, connus depuis longtemps sous le nom de *nodus*, et qui ne sont autre chose que des tumeurs gommeuses. La ténosite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation diffuse, est plus rare que les gommes tendineuses. Elle se traduit par de la douleur à la pression et

dans les divers mouvements des membres, par un gonflement diffus qui reste habituellement limité au tendon, mais peut aussi gagner l'aponévrose adjacente et même le tissu cellulaire sous-cutané. Les symptômes de la ténosite ressemblent donc beaucoup à celle de la myosite. La plupart du temps ils se confondent avec eux et, par le fait, il existe alors une véritable myo-ténosite.

Les lésions tendineuses à processus inflammatoire se développent de préférence sur les tendons les plus épais et les plus résistants, comme le tendon d'Achille, celui du biceps brachial, du triceps crural, etc. Les bourses, les gaînes ou les cavités synoviales voisines sont quelquefois envahies. Ces désordres consécutifs s'observent surtout dans les cas de tumeurs gommeuses qui subissent la phase régressive et s'ulcèrent. Ils sont moins ordinaires à la suite des simples ténosites résolutives.

L'inflammation syphilitique des tendons se termine de la même manière que celle des muscles. La plupart du temps les produits plastiques se résorbent et disparaissent complétement; d'autres fois ils s'organisent, et il en résulte un épaississement du tendon qui est en même temps raccourci. Les dégénérescences consécutives à la ténosite sont beaucoup moins sérieuses que celles qui étouffent et détruisent la fibre musculaire. Cependant elles ont quelquefois des inconvénients qu'il est facile de deviner et qui varient suivant les tendons affectés.

Au point de vue du pronostic, les *myo-ténosites* syphilitiques sont plus sérieuses que les myopathies congestives et névropathiques. Ces dernières guérissent toujours; alors même qu'elles se prolongent pendant des années, elles n'altèrent pas ou altèrent peu la fibre musculaire. Les autres, au contraire, quand la résolution n'a pas lieu, et que les pro-

duits plastiques s'organisent, entraînent des dégénérescences consécutives aboutissant à l'atrophie, puis à la destruction de la fibre musculaire.

Cette éventualité, toujours fâcheuse, même quand elle intéresse des muscles d'un ordre physiologique peu important, parce qu'elle est irrémédiable, est encore plus à craindre dans les myopathies syphilitiques qu'il me reste à vous décrire. Ce sont les plus anciennement connues, peut-être aussi les plus fréquentes et assurément celles dont les lésions ont été soumises à l'étude la plus approfondie. Leur histoire est pour ainsi dire classique.

VI.

Mais avant d'aller plus loin, il importe de vous faire remarquer qu'il ne faut pas voir dans les myosites et les myomes syphilitiques deux degrés successifs d'un même processus.

Les myomes peuvent s'établir d'emblée dans un muscle sans avoir été précédés d'une myosite ; de même qu'une myosite n'est pas successivement suivie d'un myome. Ces deux lésions ont une étroite parenté et bien des traits communs qui empêchent quelquefois de les distinguer l'un de l'autre. Les myosites, par exemple, quand elles ont perdu le caractère subaigu de leur première phase et que par leur durée et par leurs symptômes elles sont devenues tout à fait chroniques, ne sont-elles pas, à quelques particularités près, semblables aux myomes? En outre, vous trouverez des cas où la consistance de ces deux sortes de myopathie n'est pas douteuse.

Ne vous préoccupez donc pas outre mesure de la question du diagnostic différentiel. Ce serait tomber dans des subtilités inutiles et sans conséquence au point de vue du

diagnostic et du traitement. Dans ces formes mixtes des myopathies tertiaires le processus, la durée, la terminaison, l'aptitude à être rapidement guéris par le spécifique ne paraissent point dépendre des proportions variées qu'y prend tel ou tel mode de néoplasie spécifique. Les indications restent toujours les mêmes. Remplissez et, malgré l'ancienneté des lésions, vous obtiendrez quelquefois des résultats inespérés. Les faits suivants mettront ces points en lumière.

VII.

Du resserrement de la mâchoire dû à la syphilis; myosite du masséter; tumeur gommeuse des joues.

Dans ces derniers temps, un de mes collègues dans les hôpitaux, M. le Dr Guyot, a publié un mémoire sur les affections syphilitiques des muscles moteurs de la mâchoire inférieure qui peuvent entraîner son resserrement, telles que la myosite du masséter et ses tumeurs gommeuses, etc. Il fait remarquer, avec raison, que le diagnostic de la myosite du masséter présente toujours de grandes difficultés en l'absence de commémoratifs ou de lésions concomitantes. Le resserrement des mâchoires, qui en est la conséquence, pourrait être confondu avec celui qui est dû à un refroidissement ou à l'hystérie. Quand il tient à ces deux dernières causes, surtout à la dernière, il marche d'ordinaire plus rapidement. C'est là un signe assez vague. Dans l'arthrite de l'articulation temporo-maxillaire, il peut se produire aussi un resserrement symptomatique par suite d'une ankylose consécutive. On établira le diagnostic par une exploration attentive des parties malades et par une analyse exacte du processus. Mais, comme le fait remarquer M. Guyot, si une tumeur syphilitique de la cuisse a pu donner lieu à une erreur telle qu'un chirurgien ait eu recours à l'ablation, n'est-il pas possible et probable que plusieurs prétendues contractures incurables du masséter n'étaient que des myosites syphilitiques, dont la guérison eût été obtenue facilement si on avait eu recours assez tôt à un traitement spécifique approprié ?

Voici le résumé de trois faits qui forment la base de ce travail :

Obs. I (recueillie par M. Guyot). — Femme de 36 ans, présentant un gonflement de la région temporo-masséterine avec impossibilité d'ouvrir la bouche. L'affection datait de trois ans. Elle avait débuté par des douleurs nocturnes à la joue affectée, s'exaspérant la nuit au point de rendre le sommeil impossible. Plus tard augmentation progressive de la région malade et resserrement graduel de la mâchoire inférieure. Au moment où elle se présenta à la consultation de l'hôpital de Lariboisière, le 23 mars 1873, il existait une tuméfaction très-sensible de la région temporo-massétérine droite, sans changement de coloration et de consistance à la peau. La tumeur, dure, ligneuse, indolente à la pression, était exactement limitée aux muscles temporal et masséter. Rien du côté des os. Mouvements de latéralité intacts. On pouvait à peine introduire entre les mâchoires le manche d'un porte-plume. Pas d'antécédents syphilitiques reconnus ou avoués. — Néanmoins, iodure de potassium. Au bout d'un mois, amélioration, puis dilatation mécanique et enfin guérison définitive au bout de trois mois.

Obs. II (recueillie par Ph. Boyer). — En 1844 (25 avril), une femme se présenta à la consultation de Saint-Louis avec impossibilité d'écarter les mâchoires. On admit, par élimination des autres causes, que le mal était syphilitique ; d'ailleurs on découvrit une périostose à la tempe droite. La malade raconta que son affection datait de trois ans ; qu'il y avait eu d'abord raideur des mouvements de la mâchoire, puis tumeur à la tempe droite et induration dans la branche de la mâchoire. Cette induration n'était autre que la contraction du masséter. Le resserrement des mâchoires était devenu tel qu'une grosse molaire s'était brisée. Au moment de l'examen par M. Ph. Boyer, on ne pouvait plus introduire le petit doigt entre les deux mâchoires. La malade ne se nourrissait que de liquides et de mie de pain. La mâchoire offrait une tuméfaction que, par le toucher, on arrivait à rapporter au masséter. Ce muscle était dur et fortement contracté, tandis que celui du côté opposé était sain. La tumeur de la tempe droite, dure et dépourvue de souplesse, avait les caractères d'une périostose. Depuis quatre à cinq ans, il existait dans le côté droit de la tête des douleurs violentes presque continues, avec exacerbation pendant la nuit.

On prescrivit des frictions mercurielles.

L'amélioration fut prompte et, au bout de six mois, on constatait

que les mâchoires s'écartaient comme à l'état normal. Au commencement de 1845 il ne restait plus de traces de la maladie et tout traitement fut supprimé. (Ph. Boyer, 1845, t. II, page 1027.)

Obs. III (recueillie à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis, par M. Bouilly, interne de M. Panas).

Femme de 33 ans, bien constituée, bonne santé habituelle. — Rhumatisme articulaire à l'âge de 15 ans, jamais de nouvelles attaques depuis. Accouchement naturel il y a trois ans. Il y a huit ou dix ans, boutons aux parties génitales, puis sur tout le corps. La syphilis fut diagnostiquée par des médecins et l'iodure de potassium prescrit; la malade ne sait si elle a pris du mercure.

A la même époque, son amant avait les mêmes manifestations. Ultérieurement, des éruptions palmaires furent constatées par Ricord. Actuellement on trouve de l'adénite cervicale et quelques croûtes dans les cheveux ; pas de taches à la peau.

Depuis huit mois, une grosseur s'est développée dans la joue gauche, puis dans la joue droite ; bientôt difficulté progressive à ouvrir la bouche. Actuellement tumeurs situées sur le bord antérieur du masséter, à droite comme à gauche ; dures, indolentes au toucher, semblant faire corps avec le masséter; assez saillantes en dehors, vers l'os malaire, beaucoup moins saillantes en dedans, les mâchoires assez serrées pour qu'on ne puisse introduire entre elles le manche d'une cuiller. On ne peut les écarter à l'aide de l'abaisse-langue.

La malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium. Le traitement est commencé vers le 1er mai. Dès le 16 mai, amélioration notable, et le 20 juin on constate qu'il n'y a plus ni tumeur ni contracture des masséters. Les mâchoires s'écartent assez pour qu'on puisse introduire deux doigts entre les deux arcades dentaires. (Guyot, *Union médicale*, 1873, t. II, p. 609.)

Il importe de noter que dans deux de ces trois observations, les muscles n'avaient pas, *au bout de trois ans*, subi d'altération assez profonde pour rendre le traitement inefficace.

Le pronostic offre donc peu de gravité, si la maladie est reconnue avant la transformation scléreuse ou calcaire. Mais à quelle époque et sous quelles influences s'effectue cette transformation ? A quels indices en pourrait-on pré-

voir l'imminence? Et, quand elle a commencé, à quel degré de son processus serait-il possible de l'arrêter? etc., etc.

Dans la thèse inaugurale de M. Blavette sur le resserrement des mâchoires, 1860, on trouve trois observations de myopathies syphilitiques temporo-massétérines.

Voir aussi : Bornet, Société de chirurgie, 22 janvier 1851. — Déville, 1845, *Bulletin de la Société anatomique*, p. 276.

DEUXIÈME PARTIE

Myopathies gommeuses et myomes syphilitiques.

On s'accorde en général à considérer les *myopathies gommeuses* comme un des accidents les plus tardifs de la syphilis. Il est certain qu'on ne les voit que bien rarement dans les premières périodes de la maladie. Chronologiquement, elles viennent donc après les myopathies congestives et inflammatoires que je vous ai décrites. Mais je vous ai dit souvent que la syphilis n'obéissait pas dans son évolution aux lois absolues qu'on a voulu lui imposer. J'ai montré qu'il existait de nombreuses exceptions pour le périoste et les os, pour le système nerveux, pour le larynx, etc. Il en est de même pour le système musculaire. Ici l'exception est plus rare, du moins pour la myopathie gommeuse typique. Cependant j'ai observé trois ou quatre cas de gommes musculaires très-précoces. Je vais vous les exposer avant de faire l'histoire didactique de ces sortes de myopathies syphilitiques.

SECTION I.

MYOPATHIES GOMMEUSES PRÉCOCES.

I.

Tumeur syphilitique des muscles de la région antérieure de la cuisse gauche, survenue 65 jours après l'apparition d'un chancre infectant. Accidents secondaires légers.

M. G... (Paul), âgé de 22 ans pâtissier, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, le 22 janvier 1870, salle 8, n° 36. Bonne santé habituelle, tempérament lymphatique. Aucune maladie vénérienne ou autre dans ses antécédents.

Vers le 20 ou le 25 octobre 1869, apparition d'un chancre infectant dans la rainure balano-préputiale. Il dura environ 2 mois et fut traité par des pilules de protoiodure d'hydrargyre.

Le 31 décembre (65 jours après le chancre), le malade entra à l'hôpital de la Pitié, pour se faire soigner d'une douleur siégeant à la partie antérieure de la cuisse gauche, qui l'empêchait de marcher. Le médecin auquel il s'adressa vit immédiatement la relation qui existait entre cet accident et le chancre, et il diagnostiqua une tumeur musculaire d'origine syphilitique. Un mois après l'apparition du chancre, le malade avait eu des maux de gorge, mais pas d'éruption cutanée (Sirop de Gibert). Quand il sortit de la Pitié, le 17 janvier, la tumeur et la douleur avaient considérablement diminué, ainsi que la raideur de la cuisse et la claudication.

A son entrée, je constatai l'état suivant (87e jour du chancre) : pas d'éruption sur la peau, pas de ganglions inguinaux. Adénopathie cervicale; empâtement et œdème dur,

caractéristique dans la rainure préputiale. Santé générale assez bonne.

Sur la partie antérieure et externe de la cuisse gauche, à peu près à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, gonflement épais et dur, paraissant siéger dans le muscle droit antérieur, allongé de haut en bas et de dehors en dedans, sans adhérence à la peau qui est saine à son niveau, se déplaçant avec les masses musculaires de la région, peu sensible à la pression (il l'avait été beaucoup au début). Douleur pendant la flexion et pendant les autres mouvements du membre inférieur gauche.

Traitement mixte au protoiodure d'hydrargyre et à l'iodure de potassium.

Le 8 mars, la tumeur avait disparu, ainsi que les douleurs, mais il restait encore un peu de gène pendant la marche; néanmoins, le malade put sortir. Il avait alors quelques taches de roséole sur le tronc et les membres inférieurs. La tumeur musculaire n'avait été occasionnée par aucune violence extérieure.

Cette tumeur, survenue 65 jours après le chancre infectant, est évidemment de nature syphilitique. Il n'existait dans les antécédents du malade aucune circonstance constitutionnelle ou accidentelle capable de la produire. Son siége au-dessous de la peau et de l'aponévrose, la possibilité de la déplacer en même temps que les masses musculaires sous-jacentes, les troubles qu'elle a produits dans la marche, indiquent suffisamment qu'elle occupait un des muscles de la région antérieure et externe de la cuisse, peut-être le droit antérieur.

Remarquez que cette tumeur s'est développée quoique le malade eût suivi un traitement hydrargyrique depuis les premiers jours du chancre infectant. Elle a duré près de trois mois, et paraît s'être fondue sans compromettre la structure du muscle qu'elle avait envahi, c'est-à-dire sans avoir produit en lui soit une atrophie, soit une métamor-

phose fibreuse, comme cela arrive dans les infections plastiques de la tumeur gommeuse, qui surviennent pendant la phase cachectique de la syphilis.

Dans le cas suivant la tumeur musculaire a été beaucoup moins précoce, quoique la syphilis, dans l'ensemble de ses manifestations, présentât une gravité plus grande que la précédente qui a été très-bénigne.

II.

Chancres infectants guéris au bout de 3 semaines.

Le 37e jour de la maladie, apparition des accidents secondaires : syphilide papuleuse plate, puis érythémateuse, et, simultanément, laryngopathie, angine légère. Forme inflammatoire des éruptions cutanées.

Vers le 160e jour, aggravation de la laryngopathie et de l'angine, névropathies algiques dans différentes parties du corps; altération de la santé générale.

Apparition d'une tumeur musculaire dans le muscle sus-scapulaire gauche. Durée de ces accidents, 4 mois; guérison.

M. S. J..., âgé de 36 ans, cocher, vigoureux, d'un tempérament sanguin, gras, bien portant et n'ayant jamais eu aucune maladie locale ou constitutionnelle héréditaire ou acquise, entra, le 30 janvier 1869, à la chambre n° 1 de l'hôpital du Midi, pour deux chancres infectants, occupant le sillon balano-préputial. Ils s'étaient déclarés huit jours auparavant, et provenaient d'une femme avec laquelle le malade avait eu plusieurs fois des rapports, de telle sorte qu'il était impossible d'être fixé sur la durée de leur incubation. Au bout de trois semaines de durée, ils étaient à peu près complétement guéris, et cet homme sortit le 14 février, n'ayant encore aucun accident constitutionnel. Je lui pres-

crivis un traitement au protoiodure d'hydrargyre qu'il suivit exactement; néanmoins le 1er mars (37e jour de la maladie) il survint de l'enrouement, du mal de gorge et une éruption syphilitique.

Le 16 mars 1869 (53e jour), je constatai l'état suivant : deux noyaux d'induration chancreuse : l'un sur le filet, l'autre dans le sillon balano-préputial ; adénopathie inguinale double.

Syphilide papuleuse lenticulaire confluente, occupant le tronc, les cuisses, le cou, le cuir chevelu, à forme inflammatoire, avec cercle d'un rouge vif autour de chaque papule; laryngopathie légère et indolente; rougeur érythémateuse de la gorge, sans plaques muqueuses. Aucun phénomène nerveux ; appétit; santé générale très-bonne. (Le malade avait pris jusqu'alors près de 2 grammes de protoiodure; je prescrivis du sirop de biiodure ioduré.)

Le 12 avril (80e jour de la maladie). Papules affaissées, roséole érythémateuse confluente; persistance des indurations qui étaient même devenues un peu rouges; petites plaques muqueuses sur les lèvres ; angine érythémateuse sans papules plates.

Le 5 juillet (160e jour de la maladie). Depuis deux mois environ les boutons et les taches avaient disparu peu à peu, mais la laryngopathie avait augmenté considérablement, et il était survenu de nombreuses plaques muqueuses dans le gosier.

Mais le malade souffrait, surtout depuis 5 ou 6 jours, d'une douleur dans la fosse sus-scapulaire gauche, qui s'était produite spontanément, qu'exaspéraient les mouvements et la pression.

On voyait et on sentait, par la palpation, à la partie externe du muscle sus-scapulaire gauche, une tumeur diffuse, un peu dure, située au-dessous de la peau qui n'était pas altérée et glissait facilement sur elle. Les contours de cette tumeur semblaient se perdre dans la masse charnue

du muscle, mais elles proéminaient de 2 centimètres environ au-dessus des parties adjacentes.

Outre les douleurs dont elle était le siége, il existait : 1° des douleurs sur les parties latérales du cou à gauche ; 2° de vives douleurs en ceinture au niveau des hypochondres (cependant l'appétit était bon, la digestion facile et il n'existait aucun indice d'une affection du foie ou de la rate) ; 3° des douleurs occipito-pariéto-frontales continues, poussant des irradiations dans le cou et jusqu'à l'épaule malade. Toutes ces douleurs se manifestaient le jour aussi bien que la nuit.

Plaques muqueuses sur les lèvres et les amygdales, fatigue générale. Véritable état maladif depuis l'invasion de ces derniers accidents.

Je fis entrer de nouveau ce malade dans mon service, vers les derniers jours de juillet. Sa voix était toujours enrouée, mais beaucoup moins. La laryngopathie était manifestement en voie de décroissance.

La douleur du muscle sus-scapulaire avait à peu près complétement disparu. Il existait encore quelques algies sur différents points du corps. Le repos, les bains sulfureux, un traitement mixte, c'est-à-dire hydrargyrique et ioduré, triomphèrent de cette poussée syphilitique, qui n'avait pas duré moins de 4 mois et avait compromis la santé générale.

Quand le malade sortit, le 11 août (196e jour de sa maladie), il n'avait plus aucune manifestation syphilitique.

Ici encore le traitement hydrargyrique et ioduré, quoique suivi avec soin dès le début de la maladie, n'avait pas empêché la formation de cette tumeur sus-scapulaire, née manifestement sous l'influence de la syphilis et qui occupait soit l'aponévrose, soit le muscle sus-scapulaire. Cette tumeur, dont les contours se confondaient avec les

parties au milieu desquelles elle s'était développée, provenait sans doute d'une de ces suffusions plastiques, si communes dans les premières périodes de la syphilis.

III.

Le diagnostic de ces tumeurs présente souvent de grandes difficultés, si bien qu'on est obligé de suspendre son jugement et qu'on reste dans l'incertitude, même après qu'elles ont accompli leur évolution complète. Le malade que je vous ai montré il y a quelques jours en est un exemple. Voici son histoire :

Nodosité gommeuse du biceps gauche, survenue au cinquième mois de la syphilis. — Cinq mois de durée. — Guérison.

Georges C..., âgé de 22 ans, tonnelier, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, à deux reprises, le 15 août et le 10 décembre 1875, salle 7, avait contracté un chancre infectant du fourreau en juillet de la même année.

Dans les mois de septembre et octobre suivants, il eut des plaques muqueuses et une éruption de roséole érythémateuse.

Au commencement de novembre (cinquième mois de la syphilis), il lui survint, sans cause occasionnelle, une douleur dans le poignet gauche, semblable à celle que produit une foulure ; il éprouva aussi un peu de gêne dans les mouvements des doigts. Quinze jours après, quoiqu'il n'eût aucune souffrance ni dans l'avant-bras ni dans le bras, il s'aperçut qu'il s'était formé une grosseur sur l'avant-

bras gauche, vers la partie moyenne de la région antérieure, au niveau du ventre du biceps.

Cette tumeur resta stationnaire pendant longtemps, quoique le malade fût soumis à un traitement spécifique mixte. En janvier 1876, elle présentait les caractères suivants : sa forme était ovoïde, son grand axe mesurait 3 centimètres et était perpendiculaire à la direction du muscle. Elle était indolente à la pression. La peau ne lui adhérait point et glissait à sa surface. On pouvait lui imprimer des mouvements de latéralité quand le muscle était dans le relâchement. En la palpant alors avec soin, il me sembla qu'elle était située au-dessous de l'aponévrose. Sa saillie au-dessus des parties voisines était de 1 centimètre environ; dure, d'une consistance homogène, sans fluctuation, elle se détachait avec assez de netteté des tissus adjacents. Lorsqu'on faisait contracter le muscle, elle diminuait de saillie et semblait se perdre et s'enfoncer dans la masse du biceps, tout en restant accessible au toucher. Alors sa mobilité disparaissait.

Elle ne causait aucun trouble fonctionnel. En février pourtant, l'extension complète devint impossible pendant quelques jours ; mais ces symptômes de l'affection bicipitale furent très-modérés et de peu de durée.

Elle n'entra en résolution que dans le mois de mars, et disparut sans laisser aucune trace.

Cet homme, qui était grand, coloré, blond, d'une structure athlétique, avait vu ses forces diminuer considérablement depuis le début de sa vérole. Il eut des accidents consécutifs peu graves qui se reproduisirent fréquemment. Je l'ai perdu de vue depuis la guérison de cette tumeur.

Évidemment, messieurs, une pareille nodosité (c'est bien là la dénomination qui lui convient) s'était produite sous

l'influence de la syphilis. Quoiqu'elle fût beaucoup plus volumineuse qu'un ganglion hypertrophié, et qu'elle occupât une région où il n'en existe pas habituellement, je pensai d'abord à la possibilité de cette anomalie. Mais j'abandonnai cette idée après avoir procédé à l'exploration minutieuse et répétée dont je vous ai donné les résultats.

La nodosité ne paraissait pas, en effet, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais au-dessous de l'aponévrose. Aucun cordon lymphatique hypertrophié n'aboutissait à elle. Elle semblait plonger par sa face profonde dans l'épaisseur du biceps. Mobile dans le relâchement du muscle, elle était immobilisée par sa contraction. Il y avait là un ensemble de caractères qui me portèrent à penser qu'il s'agissait d'une tumeur gommeuse précoce du muscle biceps. Je n'oserais pourtant pas l'affirmer : je livre ce fait obscur à votre appréciation.

Quoi qu'il en soit, vous voyez que ces nodosités gommeuses précoces ne présentent pas une grande gravité. Comme presque toutes les productions néoplasiques de cette nature, qui surviennent pendant la première phase de la syphilis, elles sont résolutives et disparaissent sans laisser de traces.

(A suivre.)

III

ÉTUDE SUR LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE,

par le Dr Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite et fin.)

IV. — Si, laissant maintenant ces spéculations insolubles pour le moment, nous étudions de près les rapports constables des faits entre eux, nous trouverons encore ample matière à critique dans l'examen des opinions dominantes.

Ainsi que nous l'avons dit, on s'accorde généralement aujourd'hui à considérer les accidents rhumatismaux comme liés exclusivement à la blennorrhagie *uréthrale ;* plusieurs auteurs ajoutent : à la blennorrhagie *virulente ;* nous n'y contredisons pas ; mais il nous semble que l'on fait assez peu de cas des difficultés que présente, ou que peut présenter, le diagnostic de la nature de l'écoulement, et qu'on admet un peu aisément l'uréthrorrhée non virulente. Chez les individus qui ne sont soumis à aucune cause possible de blennorrhagie vraie, l'uréthrite, quelle qu'elle soit, est d'une très-grande rareté relative ; j'affirmerais presque qu'en dehors des affections de la vessie qui nécessitent le cathétérisme, ou de quelques excitations locales artificielles, on ne voit pas d'urétrorrhée chez les individus n'ayant jamais eu de blennorrhagie antérieure, alors même qu'ils se livrent aux excès vénériens, en dehors, je le répète, de toute cause possible de contagion *virulente.* Assurément je ne dédaigne pas complétement la théorie de l'acclimatement appliquée par Ricord à l'innocuité des leucorrhées en général, supposées capables de produire la blennorrhagie, mais

il faut se défier des trop extrêmes facilités de cette bienveillante hypothèse.

Dans les conditions de la vie régulière, la blennorrhagie ne naît spontanément ni chez l'homme ni chez la femme qui n'en ont pas reçu la contagion, et les rapports réciproques de l'un et de l'autre ne sauraient la faire naître, et, en fait, ne la font pas naître. Sans nier en aucune façon l'existence de la pseudo-blennorrhagie, je déclare qu'il faut plus de sévérité qu'on n'en apporte généralement à établir la réalité de cette affection, et que chez les sujets qui n'ont pas eu de gonorrhée antérieurement, la rareté de son développement en dehors des rapports suspects, ou de quelques conditions spéciales très-limitées, doit rendre très-circonspect dans le diagnostic des uréthrites considérées comme non virulentes. Fournier a réduit à deux les causes de la blennorrhagie : 1° la contagion ; 2° l'irritation excessive de l'urèthre, résultant de diverses influences au premier rang desquelles il place l'excès vénérien ; cela est parfait ; mais avec de grandes restrictions pour cette dernière cause, l'excès vénérien, entre deux sujets indemnes de toute contamination antérieure, ne produit guère d'uréthrite, ni d'urétrhorrhée, ne produit jamais de blennorrhagie.

V.—Bien que ces considérations semblent s'éloigner de la question, elles sont, au contraire, absolument nécessaires à émettre ici, pour mettre les observateurs en garde contre une autre manière bienveillante d'interpréter certaines blennorrhagies dont, pour des raisons diverses, le médecin ne peut retrouver la généalogie ; je fais allusion aux *blennorrhagies supposées rhumatismales et goutteuses* dont il est nécessaire de parler ici. Tout ce qui a trait à l'étude étiologique de la blennorrhagie est difficile, complexe, souvent contestable ; et pour faire l'enquête nécessaire, on se heurte souvent à des difficultés d'ordre extra-scientifique

vraiment inextricables. On trouve dans les annales de la science, à une époque un peu reculée, un bon nombre de gonorrhées arthritiqnes (gouttcuses), dont les victimes trouvaient volontiers dans leur disposition pathologique l'origine et la source. Toutefois, dans le pays où la goutte n'est pas rare, où la bière abonde, et où les causes d'irritations de l'urèthre sont aussi ordinaires qu'ailleurs, Garrod, qui a étudié la goutte avec tant de soin, ne mentionne même pas la blennorrhagie chez les goutteux, bien qu'il parle des affections goutteuses de la vessie, de la prostate, du testicule. Il n'est pas même, pour ces derniers organes, bien convaincu de l'action de la goutte, car il ajoute, après les avoir indiqués : « *I suspect that in some of these cases some* LITTLE MISCHIEF *has previously existed in these parts, and the symptoms were much aggravated by the gouty action.* » Il sera toujours prudent, avant de déclarer rhumatismale une blennorrhagic uréthrale, de chercher le « *little previous mischief,* » et de ne pas oublier que écoulement uréthral et rhumatisme, associés à un titre quelconque, ne s'observent guère dans ce que j'appelle les conditions régulières de l'existence. Je dois dire toutefois que l'étude de cette question n'a pas été faite, ni par moi ni par d'autres, avec assez de persévérance, pour qu'il y ait lieu d'affirmer ni de nier absolument ; je ne repousse pas la valeur d'observations récemment publiées (Calvo, Martineau, Guillaud, etc); je réclame simplement un supplément d'enquête ; je déclare ces faits relativement très-rares, et je ne puis me ranger complétement à l'avis des auteurs qui voient, dans la blennorhagie suivie d'accidents rhumatismaux ou de rhumatisme, un rhumatisme de l'urèthre. La contagiosité, la suppuration sont tout à fait en dehors du génie rhumatismal ; quand la suppuration vraie existe, c'est à titre tout à fait exceptionnel, et en rapport avec quelques conditions de purulence spéciales. Le coryza, les

laryngites, les bronchites, les pneumonies, les pleurésies, les synovites, etc., du rhumatisme sont souvent des phlegmasies intenses, suraiguës, avec sécrétion très-abondante, mais *non* avec sécrétion *purulente*. Or, plusieurs des faits rapportés à titre de blennorrhagie rhumatismale ont particulièrement trait à des blennorrhagies purulentes; telle l'observation de mon savant collègue et ami Martineau qui a été produite à l'appui de la réalité de la nature rhumatismale de la blennorrhagie, et que je veux rappeler ici : « X... a eu une première attaque de rhumatisme à l'âge de 14 ans. Dès cette époque son père, qui était médecin, s'est aperçu qu'il avait une uréthrite, laquelle a persisté pendant toute la durée de l'affection rhumatismale (à cette époque le jeune homme en question n'avait pas encore vu de femmes) ». Cette première attaque de rhumatisme généralisé a duré trois semaines; depuis, trois nouvelles attaques semblables, à chacune desquelles même urétrorrhé purulente s'est reproduite « le lendemain de l'attaque rhumatismale » et s'est terminée régulièrement chaque fois avec les arthropathies; chaque fois l'écoulement était sans douleur. Fait bizarre, qui obligerait à retourner la proposition, et à placer, à côté de la blennorrhagie avec rhumatisme, une autre forme : rhumatisme avec blennorrhagie. C'est un jugement à suspendre.

VI. — Les faits d'uréthrite alternante, d'écoulement uréthral alternant avec d'autres manifestations rhumatismales, ont une plus grande valeur, mais on remarquera qu'il s'agit alors d'écoulements particuliers qui ne sont plus blennorrhagiques à proprement dire. Un premier malade, observé par Leveillé (1816), affecté de douleurs rhumatismales, lorsqu'il cessait de souffrir était atteint constamment soit d'un coryza, soit d'un catarrhe pulmonaire, ou bien souvent d'un écoulement « *muqueux* » par l'urèthre; l'une ou l'autre de ces affections suivait un cours plus ou moins long,

après lequel les douleurs rhumatismales se faisaient sentir de nouveau. Chez un second, un engorgement de l'articulation tibiotarsienne gauche disparaît subitement ; sur-le-champ survient un écoulement « *muqueux* » de l'urèthre, qui disparaît avec le retour de la tuméfaction douloureuse du pied.

VII.—La préexistence de la blennorrhagie à des attaques de rhumatisme articulaire aigu ne différant pas du rhumatisme primitif est, bien que non très-commune, au moins assez souvent observée pour qu'il soit difficile de n'y voir qu'une *coïncidence,* comme le veulent les auteurs qui séparent absolument du rhumatisme les accidents rhumatismaux de la blennorrhagie ; j'ai constaté ces coïncidences dans les conditions les plus positives, et j'en ai rapporté divers exemples à la Société des hôpitaux, plusieurs au cours de mes rapports sur les maladies régnantes, à une époque où il était nécessaire de montrer que la question du rhumatisme blennorrhagique se présentait partout dans les services généraux, et que chacun pouvait l'étudier pour son propre compte. Aujourd'hui la recherche de la blennorrhagie est assez souvent (elle devrait l'être toujours) faite en présence des cas de rhumatisme articulaire ; naguère elle ne l'était jamais, ou ne semblait nécessaire que dans les monoarthrites. La plupart des accidents rhumatismaux blennorrhagiques, périarticulaires et abarticulaires, que chacun connaît aujourd'hui, étaient universellement et absolument méconnus.

Dans ces circonstances d'observation encore insuffisantes, lorsque la blennorrhagie a précédé l'apparition d'un rhumatisme vraiment *articulaire* et *multiarticulaire,* peut-on déterminer s'il y a coexistence, coïncidence simple, ou au contraire, s'il y a un rapport entre la blennorrhagie et le rhumatisme observé ? Alfred Fournier conclut à la coïncidence simple, trouvant logique de réserver le rapport

pour les cas où ce rapport est démontrable par le fait des *caractères particuliers* imprimés par la blennorrhagie à la forme des accidents rhumatismaux observés. Cette manière de voir, très-séduisante, très-spécieuse, qui simplifierait considérablement la question, a été défendue avec le plus grand talent par Fournier, mais elle ne saurait, dans l'état actuel, être imposée, ni réunir la majorité des suffrages. C'est une pétition de principes absolue que de dénier à la blennorrhagie la propriété d'exciter, de causer le développement d'une attaque de rhumatisme généralisé articulaire, se présentant avec les caractères du rhumatisme commun. Que la blennorrhagie ne produise pas le plus ordinairement cette attaque sous cette forme, on ne saurait le contester ; mais il faut affirmer, parce que cela est, que si l'on peut habituellement, étant donné un rhumatisme blennorrhagique, remonter de la *forme* des accidents à leur *nature* uréthrale, on ne le peut pas *toujours* et que, jusqu'à plus ample informé, il n'est pas possible d'exclure des formes du rhumatisme blennorrhagique une forme articulaire aiguë simple et une forme subaiguë, qui ne diffèrent en rien qui se puisse apprécier des formes communes et simples du rhumatisme articulaire aigu et subaigu.

Mais si nous déclarons que la blennorrhagie donne lieu quelquefois aux formes communes du rhumatisme articulaire aigu, nous reconnaissons que c'est l'*exception;* que, le plus ordinairement, elle donne lieu à des formes *subaiguës* que l'on n'observe au contraire qu'exceptionnellement, à titre de rhumatisme primitif, en dehors de la blennorrhagie ou de quelques-uns des autres états pathologiques rhumatogènes.

VIII. — On n'attache plus guère aujourd'hui d'importance à une question dont on a tant *abusé,* et qui a trait à l'influence que peut avoir la *suppression* plus ou moins

brusque de la blennorrhagie sur le développement de l'arthrite. Ici, encore, la pression des idées théoriques sur la fidélité de l'observation a été nuisible; il suffisait de regarder pour observer qu'il n'en était rien; que dans presque tous les cas la blennorrhagie et les accidents rhumatismaux coexistaient. On savait parfaitement que tout accident intervenant au cours d'une blennorrhagie peut, momentanément, surtout si le malade est mis au lit et à la diète, modérer un écoulement abondant, tarir en apparence un écoulement minime. On aurait pu, enfin, se demander pourquoi tant de blennorrhagies, spontanément ou par la médication, étaient supprimées rapidement sans qu'il survînt aucun accident rhumatismal. Dans la nombreuse série des faits particuliers, on peut voir l'écoulement (qu'il ne faut confondre avec l'uréthrite) alterner avec le rhumatisme, ou tous deux se céder réciproquement la place, momentanément ou définitivement; mais il y a autant de cas, au moins, dans lesquels le rhumatisme et l'écoulement marchent de concert, d'un pas uniformément lent: d'àutres enfin dans lesquels les accidents rhumatismaux, loin de céder quand la blennorrhée s'exaspère, semblent, au contraire, s'attacher dans leurs paroxysmes, aux paroxysmes de l'uréthrite.

IX. — Ainsi que Ricord a eu soin de le noter dès le début, la plus grande irrégularité existe dans les rapports qui s'établissent entre le degré ou l'*intensité* de la blennorrhagie, l'*époque* de son apparition, etc., et les accidents rhumatismaux, circonstance bien propre à montrer encore qu'il faut une condition adjuvante à la blennorrhagie pour produire ces accidents. Tous les auteurs, cependant (chose étrange), ne sont pas d'accord sur ces faits qui sont purement d'observation, et où l'interprétation n'a rien à voir. Rollet, à Lyon, enseigne que l'abondance de l'écoulement, son état aigu, ou l'exacerbation d'un état chronique sont

les meilleurs et les plus ordinaires facteurs des accidents rhumatismaux ; Alfred Fournier, à Paris, le nie catégoriquement : les écoulements suraigus, aigus, subaigus, les produisent indifféremment, et ce sont les écoulements moyens, ordinaires, communs qui en feraient naître le plus grand nombre (sans doute, faut-il ajouter, par la seule raison qu'ils sont les plus nombreux).

Fourestié, dans un travail plein d'intérêt et de valeur clinique, a insisté d'une manière particulière sur la relation qu'il faudrait établir entre la *forme* de la blennorrhagie et la *forme* du rhumatisme qui lui correspond, les arthrites aiguës appartenant aux blennorrhagies aiguës, les arthropathies lentes, les synovites tendineuses, les phlegmasies des bourses séreuses, répondant aux blennorrhées. Cela n'a rien que de très-vraisemblable, et peut être admis en principe à la condition de ne pas en faire une règle générale, mais de déclarer que la relation s'établit plus souvent concordante que contraire entre la blennorrhagie et les rhumatalgies qui s'y rattachent ; les exceptions sont assez nombreuses et elles dépendent plus encore des conditions accidentelles, ou de l'état constitutionnel du sujet, que de la blennorrhagie en elle-même ; cette dernière remarque a été développée par Henri Huchard, qui a rappelé avec beaucoup de raison que les blennorrhées sont souvent entretenues chez les malades par quelque vice diathésique ou constitutionnel, auquel il faut remonter pour trouver à la fois la cause de la permanence de l'affection protopathique, et des lésions secondaires.

X.—Quant à l'*époque de l'apparition* des accidents rhumatismaux, personne ne conteste qu'elle ne soit absolument *irrégulière*, et qu'elle ne s'étende jusqu'aux plus extrêmes limites, limites que Brandes a reculées presque indéfiniment, en accusant toutes les *récidives* de rhumatisme survenant chez d'anciens blennorrhagiques de n'être que des

rechutes, en rapport avec quelque tache latente de l'urèthre, reliquat des anciennes uréthrites. Cela rejette bien loin la théorie de la virulence et de la nature blennorrhagiquement diathésique qu'on a supposée aux accidents rhumatismaux. D'après son expérience personnelle, Alfred Fournier pense que ces accidents peuvent éclater *à toutes les périodes* de la blennorrhagie, au 5[e], au 8[e] jour, le plus souvent du 15[e] au 16[e], parfois dans le cours du deuxième et du troisième mois ; quelquefois même enfin à une période beaucoup plus reculée.

XI. — S'agit-il de fixer les *modifications éprouvées par l'écoulement* dans leurs rapports avec les accidents rhumatismaux, c'est la même irrégularité, la même *indépendance* réciproque ; il suffit que la blennorrhagie soit, peu importe qu'elle soit récente, ancienne, aiguë ou chronique, intense ou légère, douloureuse ou non, que l'écoulement ait augmenté, diminué ou disparu, à ce point que c'est plutôt l'intercurrence des accidents rhumatismaux qui modifie l'écoulement, que l'écoulement qui modifie en rien les accidents. D'après Alfred Fournier, dans les deux tiers des cas l'écoulement *n'éprouverait aucune modification* de l'invasion des accidents ; quand il subit une diminution, c'est plusieurs jours généralement APRÈS l'invasion du rhumatisme ; il peut même cesser avant la fin de celui-ci, bien qu'ordinairement il subsiste pendant sa durée. J'ai constaté pour ma part tant de fois cette absence absolue de rapport initial, j'ai tant de fois traité ou non traité indifféremment la blennorrhagie, que ces faits me semblent devoir être hors de toute contestation. Toutefois, dans l'état d'ignorance où nous sommes sur ce qui, dans la blennorrhagie, fait éclore les accidents rhumatismaux, il ne faut pas apporter une importance exagérée à ces discordances ; il n'est pas impossible qu'il y ait dans la région de l'urèthre, cachée à nos investigations habituelles, une *région limitée*, un point, une véritable

zone rhumatogène, dont pourraient s'accommoder à la fois la théorie de la sympathie, de l'action réflexe, et même de l'absorption pyémique. Que cela soit ainsi ou qu'il y ait autre chose, il y a, nous le répétons, entre la blennorrhagie et les accidents rhumatismaux, et partant du canal uréthral, un quelque chose, un trait d'union qui nous échappe. On ne l'a sans doute pas cherché dans cette direction, et l'on pourrait peut-être l'y chercher avec avantage.

§ III.

Les accidents à forme de rhumatisme, qui peuvent se développer secondairement à la blennorrhagie uréthrale, sont aussi nombreux et aussi variés qu'ils avaient autrefois été déclarés peu nombreux et uniformes. Ils se produisent dans toute l'étendue du domaine habituel du rhumatisme, reproduisent, *sans aucune exception*, tous ses accidents : accidents articulaires, abarticulaires internes ou externes. Les seules différences portent sur la fréquence relative, le degré, la durée, etc. ; elles ont une grande importance clinique et pratique ; mais au point de vue de la *nature* comparée, elles perdent toute valeur distinctive réelle : *aucune* des manifestations du rhumatisme secondaire en général, et du rhumatisme blennorrhagique en particulier n'est inconnue au rhumatisme primitif, qui se confond avec le secondaire dans les formes subaiguës ; aucune des manifestations viscérales du rhumatisme aigu primitif type n'est inconnue au rhumatisme secondaire ni au rhumatisme blennorrhagique, qui peuvent les reproduire, même dans leurs formes les plus aiguës et les plus intenses, telles que les dermatoses aiguës, les accidents cérébraux, les accidents cardiaques.

A) Localisations articulaires et périarticulaires du rhumatisme blennorrhagique. I. — Les localisations articulaires du rhumatisme blennorrhagique peuvent avoir lieu, comme celles du rhumatisme franc, dans toutes les jointures, mais particulièrement sur les *grandes articulations*, en premier lieu, et notamment sur celle du *genou*, avec une prédominance pour le côté gauche ; elles font presque toujours partie, à un degré quelconque, d'un *complexus* symptomatique, variable dans chaque cas en particulier.

Comme dans le rhumatisme primitif, mais dans une proportion beaucoup plus considérable que dans celui-ci, les manifestations sont parfois exclusivement *abarticulaires* ou *périarticulaires :* 1 fois sur 4, 25 pour 100, d'après Fournier. Ce chiffre est trop fort et ne doit être admis qu'avec cette réserve que les manifestations sont *surtout* plutôt qu'exclusivement extra-articulaires ; si l'on veut bien ne pas négliger absolument les localisations *initiales* souvent *abortives*, et examiner *toutes* les articulations pendant la durée de l'affection entière, on n'arrivera certainement pas à un chiffre aussi élevé. Peu importe d'ailleurs, et cela ne change en rien l'intérêt de cette proposition de Fournier : que le rhumatisme des blennorrhagiques est infiniment plus fécond en manifestations extra-articulaires et périphériques qu'aucune autre forme commune de rhumatisme simple ; c'est là ce qu'il faut retenir, en ajoutant cependant que la plupart des espèces de rhumatisme secondaire et les formes subaiguës du rhumatisme primitif peuvent les réaliser plus ou moins identiques.

II.—Le rhumatisme *articulaire* des blennorrhagiques ne se soustrait pas à cette règle (tellement générale au rhumatisme qu'on en pourrait faire une loi) d'être étendu a *plusieurs articulations* à la fois ou successivement; ce

qui est propre au rhumatisme de la blennorrhagie comme au rhumatisme simple subaigu, c'est que, lors même (et cela arrive communément au début du rhumatisme blennorrhagique) qu'un *certain nombre* d'articulations sont douloureuses d'emblée, la fluxion *avorte*, dans plusieurs d'entre elles, et ne se *localise*, en dernière analyse, que dans un *petit nombre* d'articles, de sorte que, si l'on a eu tort autrefois de présenter le rhumatisme blennorrhagique comme uniarticulaire, il faut reconnaître qu'il est généralement *oligoarthritique*.

Aucune spécificité ne s'attache aux formes d'arthropathie revêtues par le rhumatisme blennorrhagique, qui peut, comme le rhumatisme en général, donner lieu à des fluxions simples, superficielles, que l'on désigne sous la dénomination imparfaite d'*arthralgies*, fluxions éphémères au début, ou altérations très-localisées de la suite et du cours souvent très-prolongé de l'affection ; à de l'*arthrite sèche* superficielle, à de l'*arthrite* (aiguë ou torpide) avec *épanchement* (hydarthrose blennorrhagique), enfin à une *arthropériostite* subaiguë ou chronique, que l'on a confondue à tort avec le « rhumatisme noueux » (celui que nous avons appelé rhumatisme osseux), et qui s'en distingue aussi profondément qu'aucune forme du rhumatisme blennorrhagique se distingue du rhumatisme primitif.

a) L'*arthralgie blennorrhagique*, dont on fait une forme régulière et limitée, répond à plusieurs choses : *aux fluxions synoviales* souvent abortives du début, à des *névralgies articulaires* de cause anatomique indéterminée, liées très-probablement à de très-légères localisations *chondrosynoviales* ; elle répond enfin à des *altérations*, certaines quoique non démontrées, *localisées* dans les articulations profondes les plus diverses, grandes ou petites, altérations dont la ténacité est excessive.

Dans la plupart de ces circonstances, le phénomène *dou-*

leur, le trouble fonctionnel surtout (car cette douleur s'exaspère par le mouvement sous toutes ses formes), prédominent, et on ne trouve extérieurement, ou plutôt on n'a encore trouvé aucun phénomène positif; des recherches précises de thermométrie et d'électrométrie locales sont nécessaires à instituer.

b) L'*hydarthrose* blennorrhagique, ou *chondrosynovite* avec épanchement, est beaucoup moins commune que cela n'avait été d'abord indiqué (*voy.* le mot HYDARTHROSE); le liquide qui la constitue ne diffère pas sensiblement du liquide d'épanchement des affections hydrophlegmasiques simples des jointures, et notamment des arthrites. D'après les analyses de Laboulbène et Méhu, ce liquide contiendrait une quantité notable de leucocytes, moins de fibrine que le liquide du rhumatisme articulaire aigu, ce qui dépend simplement, ajoutons-nous, de l'absence d'état fébrile, et du chiffre bien inférieur de l'hyperinose (voy. *Du liquide renfermé dans l'articulation du genou, pendant le cours du rhumatisme blennorrhagique.* Mémoire lu à l'Académie de médecine le 16 juillet 1872). Il n'est pas inutile d'ajouter que ce liquide articulaire, quelle que soit son origine et quels qu'aient été ses caractères histologiques, a pu être déposé sur la conjonctive du lapin, qu'on a pu même abandonner un fragment de coagulum fibrineux entre les paupières de cet animal sans produire autre chose qu'un peu de rougeur, qui s'est dissipée rapidement; sans doute, il n'y a pas lieu d'exagérer la valeur de ce résultat négatif, mais il ne faut pas non plus le passer sous silence; c'est un fait de la cause, qu'il faut retenir pour le constater, le contrôler, l'utiliser s'il y a lieu. Dans le rhumatisme blennorrhagique aussi bien que dans le rhumatisme simple, l'affection articulaire est absolument impropre à la purulence *vraie;* les arthrites blennorrhagiques purulentes sont aussi rares que les arthrites rhumatismales du même genre;

on peut les nier sous la réserve de quelques faits-exceptions, et l'on peut ajouter à titre de preuve supplémentaire que la tendance à suppurer est si étrangère à leur processus élémentaire qu'elles ont pu supporter, sans devenir phlegmoneuses, l'usage réitéré des ponctions (que nous n'avons garde d'ailleurs, soit dit en passant, de préconiser).

c) *L'arthrite, ou l'arthropathie blennorrhagique* proprement dite, soit au point de vue des phénomènes locaux, soit au point de vue de la réaction, toujours proportionnée au nombre des jointures, qui l'accompagne, ne diffère pas de l'arthrite, ou de l'arthropathie rhumatismale commune. Ce qui se rapporte à la blennorrhagie, c'est le *moins grand nombre* des localisations articulaires, le *plus de fixité* des accidents sur les mêmes jointures, la *moins grande* disposition *alternante*, et enfin la *lenteur* beaucoup plus prononcée de ses manifestations locales, caractères qui ne peuvent être comparés qu'à ce qu'on observe dans le rhumatisme subaigu, ou dans les formes *prolongées* du rhumatisme articulaire aigu primitif.

d) De même que dans toutes les formes de rhumatisme *prolongé*, on voit parfois les phénomènes *périarticulaires*, qui sont constants à un degré quelconque, prendre un développement plus accentué et donner lieu à des douleurs longtemps persistantes, à des tuméfactions longues à céder, à des pseudo-ankyloses, etc., toutes lésions consécutives des arthrites en général, qui n'ont aucune espèce de spécificité. Le rhumatisme blennorrhagique participe en cela de la nature de tout rhumatisme *secondaire* qui, au point de vue de la *lésion*, se rapproche davantage de l'arthrite proprement dite, que le rhumatisme *primitif;* c'est le plus souvent, en effet, aux diverses espèces du rhumatisme secondaire, au rhumatisme blennorrhagique en particulier, mais presque jamais au rhumatisme aigu franc,

que se rapportent les arthrites dénaturées, définitivement chroniques, les diverses *tumeurs* articulaires qui succèdent à un rhumatisme antécédent, même chez les sujets strumeux. La question de durée mise de côté, c'est là véritablement le point le plus noir de l'arthrite blennorrhagique comparée à l'arthrite rhumatismale franche, et cette considération ne doit pas être omise dans le diagnostic des tumeurs des jointures, ni dans le pronostic du rhumatisme blennorrhagique.

e) Les lésions articulaires que nous venons de passer en revue, et qui ne donnent pas plus lieu que les lésions communes du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, à de véritables *déformations* ou *déviations*, ne sont pas les seules qui peuvent émaner de la blennorrhagie uréthrale ; l'arthrite déformante du rhumatisme osseux peut avoir une même origine. Depuis que l'attention a été appelée sur ce sujet, divers travaux particuliers ont été produits, mais la question réclame encore une nouvelle étude : on n'a pas, en effet, dans les diverses circonstances, établi un diagnostic suffisamment précis, et l'on a tout confondu dans la même dénomination, devenue insuffisante, de rhumatisme noueux; quelques auteurs même, s'éloignant encore plus de la réalité, y ont vu une espèce de goutte, et ont presque fait une forme de goutte d'une variété de rhumatisme blennorrhagique déformant. Garrod, qu'on ne cite pas assez de première main, et qu'il y a cependant tant d'intérêt à lire directement, a dit simplement à ce sujet : *I have known several cases exhibiting all the characters of rhumatoid arthritis, apparently arising from that form of rheumatism which is connected with urethral inflammation, and this was the case with the patient, the dissection of whose hands is described above* (éd. 1876, p. 516). Combien de choses en peu de mots, exposées simplement : Garrod a vu plusieurs exemples présentant *tous* les carac-

tères de l'arthrite rhumatoïde (rhumatisme noueux) *semblant* émaner de cette forme de rhumatisme qui se relie à l'inflammation de l'urèthre, et c'était le cas d'un malade dont les articulations des mains ont été examinées nécrologiquement et décrites.

Il est donc établi qu'il *semble* y avoir (ce n'est pas chose inutile de prendre modèle sur la réserve de l'auteur anglais) quelquefois dans l'uréthrite un agent provocateur du rhumatisme osseux, et il est certain que la lésion est alors tout à fait conforme au type de l'affection observée à l'état primitif. Pas n'est besoin de longues dissertations pour exposer ces faits importants. Charcot n'hésite pas à admettre la réalité de ce rhumatisme, avec divers auteurs (voy. *loc. cit.*, p. 228), tout en supposant que la blennorrhagie a peut-être, dans certains cas, le pouvoir de frapper directement les jointures pour son propre compte. Mais le rhumatisme osseux, l'arthrite rhumatoïde vraie, ne semble pas être la forme la plus ordinaire du rhumatisme déformant de la blennorrhagie ; la *périarthrite* des petites jointures, la *périostite externe* des extrémités articulaires peut produire des déformations fusiformes ayant quelque analogie d'aspect avec les déformations de l'arthrite rhumatoïde, mais généralement localisées au carpe, au métacarpe, à un doigt, à un orteil, constituant une sorte de dactylite blennorrhagique, qui, bien qu'elle se prolonge longtemps, finit cependant par *guérir*, alors même qu'elle est en récidive, *sans déformation définitive*, ce qui n'aurait pas lieu s'il s'agissait véritablement de rhumatisme ostéophytique.

Ces accidents, qui n'évoluent jamais seuls, mais en compagnie d'autres phénomènes propres au rhumatisme blennorrhagique, sont ordinairement de même essence, et appartiennent surtout aux sujets prédestinés qui ont des blennorrhagies répétées, et qui sont, à chaque atteinte,

tourmentés par les déterminations rhumatismales (Alfred Fournier).

B) Localisations abarticulaires du rhumatisme blennorrhagique. — Les énonciations d'*arthrite blennorrhagique*, *d'arthropathie blennorrhagique*, *d'arthroblennorrhagie*, seraient aujourd'hui tout à fait insuffisantes pour représenter *le complexus symptomatique* très-nombreux, très-étendu, que l'on peut constituer par la réunion didactique de tous les accidents à forme rhumatismale qui peuvent relever de la blennorrhagie. C'est là, vraiment, la raison qui impose absolument, et qui entraîne nécessairement la dénomination de *rhumatisme* blennorrhagique, que ne sauraient en aucune manière remplacer par rien les auteurs les plus disposés à repousser toute assimilation entre le rhumatisme et les accidents, à forme de rhumatisme, consécutifs à la blennorrhagie. Que ceux à qui la dénomination de rhumatisme appliquée aux accidents dont nous nous occupons, semble choquante, les appellent rhumatoïdes (ce qui d'ailleurs ne serait pas sûrement exact), il sera toujours impossible, tant que l'état de la science et de la nomenclature médicales sera ce qu'il est aujourd'hui, de dénommer *l'ensemble* de ces accidents sous un autre nom que sous celui de rhumatisme. Il est donc de bon aloi de se résigner à cette nécessité qui paraît si dure à quelques-uns, avec l'espoir d'un temps meilleur pour notre nomenclature.

Ces localisations abarticulaires, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, et qui portent surtout sur les tendons et les gaînes synoviales, les bourses séreuses normales ou accidentelles, le périoste, ne sont pas inconnues au rhumatisme articulaire aigu ; elles deviennent plus fréquentes et plus individualisées dans le rhumatisme au fur et à mesure qu'il affecte la forme subaiguë ; elles sont communes à tous les rhumatismes secondaires, mais propres surtout au rhumatisme blennorrhagique ; leur présence dans un com-

plexus rhumatismal doit toujours éveiller l'attention, faire rechercher la nature secondaire de la maladie; leur prédominance, leur intensité, leur permanence rendent à peu près certaine cette qualité secondaire de l'affection observée.

a) Synovites tendineuses. — Le rhumatisme blennorrhagique se localise fréquemment dans les gaînes synoviales des tendons; la notion précise de ces localisations est toute récente (Cullerier, Brandes, Rollet, Fournier, Mauriac et quelques autres ; en dernier lieu, Maymou, *De la synovite tendineuse blennorrhagique*, excellent travail inséré dans les *Archives générales de médecine* de novembre et décembre 1875) ; nous ne faisons que mentionner à leur place ces localisations, les *synovites blennorrhagiques* devant avoir place dans une autre étude (Voy. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. SYNOVITE). Leur nature blennorrhagique se démontre par leurs relations étiologiques, leur association fréquente avec des manifestations articulaires, par leur évolution en tout analogue à celles-ci : début multiple; quelques localisations abortives, d'autres fixes ; elles diffèrent des synovites rhumatismales simples par la plus grande étendue de l'œdème périsynovitique, par leur mobilité moindre, c'est-à-dire par des nuances plutôt que par des caractères vraiment différentiels (*voy.* Bouillereault, 1874, thèse de Paris ; — *Essai sur le rhumatisme non blennorrhagique des synoviales tendineuses*, travail écrit sous la direction de Peter ; et Maymou, *loc. cit.*) ; des synovites syphilitiques par des nuances encore : « Les synovites d'origine uréthrale sont moins fixes, plus résolutives, plus mobiles, plus portées à la diffusion, plus névralgiformes, et pour tout dire en un mot, plus rhumatismales que les synovites syphilitiques » (Ch. Mauriac, *Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie*, note lue à la Société de médecine de

Paris, février 1875) ; de la *synovite crépitante*, synovite par excès fonctionnel, par la crépitation et la différence des caractères étiologiques, etc.

Tous les observateurs s'accordent à déclarer que les localisations sur les synoviales tendineuses sont au nombre des accidents blennorrhagiques les plus bénins, sauf pour la durée souvent fort longue, la fréquence des récidives, et la permanence, dans certains cas, d'infirmités locales pouvant empêcher un fonctionnement d'où dépend l'existence matérielle du malade (Maymou).

La *médication* générale dirigée contre ces accidents semble ordinairement avoir peu de succès ; les applications locales sont déterminées exclusivement par l'état et le degré des lésions : antiphlogistiques locaux, calmants, puis révulsifs, teinture d'iode, vésicatoires, compression, immobilisation, etc.

b) *Bourses séreuses.* — Comme dans le rhumatisme simple, mais plus souvent et peut-être avec plus d'intensité (Cagniat, thèse de Paris, 1875), toutes les bourses séreuses normales et accidentelles peuvent s'enflammer, se remplir de liquide, s'accompagner d'une hydrophlegmasie périphérique assez intense pour simuler un phlegmon superficiel ou profond, suivant le siége de la bourse séreuse ; mais la terminaison se fait par résolution, quelque intense qu'ait paru être cette inflammation, et il n'y a pas de suppuration (A. Fournier, Verneuil).

c) *Périoste.* — La périostite blennorhumatismale est un des accidents les plus remarquables et les plus intéressants à observer ; comme la syphilis et la scrofule, le rhumatisme, surtout dans les formes secondaires, frappe le périoste et simule les affections les plus diverses : le rhumatisme noueux et la goutte (comme nous venons de l'indiquer tout à l'heure). Tout récemment, je voyais dans mon cabinet un homme qui m'était envoyé comme présentant un exem-

ple « d'*exostoses syphilitiques* précoces liées à une blennorrhagie » ; ce malade avait une blennorrhagie, un rhumatisme blennorrhagique des plus évidents ; il n'avait en aucune manière des exostoses, mais de simples périostites fongueuses ayant leur siége surtout au voisinage des extrémités inférieures du radius et du cubitus et des os du carpe, formant des sortes de tumeurs arrondies, effectivement assez dures, mais non osseuses, et qui se sont terminées rapidement par résolution.

Fournier, qui a attiré surtout l'attention sur ce sujet, distingue les périostites et les périostoses rhumatismales blennorrhagiques ; les premières sont de beaucoup les plus communes ; les secondes ont besoin d'une étude plus approfondie.

d) *Muscles, Cordons nerveux.* — L'analogie continuant, le rhumatisme blennorrhagique a aussi ses *myalgies*, relativement peu ordinaires cependant, et ses *névralgies*, parmi lesquelles la *sciatique* occupe le premier rang ; ces myalgies et névralgies peuvent exister seules, précéder, accompagner ou suivre d'autres manifestations ; souvent elles présentent un caractère particulier de ténacité.

e) *Organes des sens.* — Nous ne pouvons que signaler ici les *lésions oculaires* (voy. l'article BLENNORRHAGIE, les articles spéciaux consacrés à l'ophthalmologie du *Dict. encyclop. des sciences médicales.*)

f) *Localisations cutanées.* — Elles sont incontestables, non-seulement dans leur réalité, mais encore dans leur identité absolue avec celles du rhumatisme proprement dit. Toutes les affections érythémateuses et périphériques dont nous avons donné la description plus haut (voy. *art. cité*, p. 406) peuvent être observées dans le cours du rhumatisme blennorrhagique, et ce n'est pas un des moindres arguments à faire valoir en faveur de la nature vraiment rhumatismale de ces arthropathies, dont les caractères particuliers

semblent parfois justifier l'opinion des auteurs qui contestent la réalité de leur identité avec le rhumatisme vrai. Au moment où j'écris ces lignes, j'ai à l'hôpital Saint-Louis, dans mes salles (Saint-Léon, n° 22), un gardien de la paix atteint de synovites et d'arthrites blennorrhagiques multiples, et qui présente, vers le troisième septenaire, un érythème généralisé intense, extrêmement prurigineux et congestif, avec quelques vésicules miliaires, survenu brusquement, et sans que le malade ait été soumis à aucune médication à laquelle puisse être rapportée la fluxion cutanée; ce sujet n'a jamais eu antérieurement ni blennorrhagie, ni rhumatisme articulaire, mais il offre plusieurs des attributs de l'innéité arthritique.

g) Système vasculaire. — L'analogie se poursuit ici, malgré toutes les oppositions systématiques qui ont été élevées : Toutes les cardiopathies du rhumatisme et tous les accidents qui leur appartiennent peuvent émaner du rhumatisme blennorrhagique; c'est là un fait qu'il est inutile de contester. Il suffit de reconnaître que, de même que dans le rhumatisme *subaigu* en général, et dans toutes les manifestations extra articulaires du rhumatisme, les cardiopathies sont infiniment moins fréquentes que dans les formes articulaires, et qu'au lieu de constituer la règle, comme dans le rhumatisme primitif, elles constituent l'exception. C'est là un fait précis sur lequel il nous paraîtrait oiseux d'insister plus longtemps.

Rare dans le rhumatisme primitif, la *phlébite* paraît également avoir été observée, mais à titre exceptionnel, dans le rhumatisme blennorrhagique. (*Voy.* thèse de Vidart, *loc. cit.*, p. 66.)

h) Système respiratoire.— L'arthrite blennorrhagique du larynx (*voy.* Libermann, *Note sur un cas d'arthrite blennorrhagique probable du larynx.* — Bullet. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 2e série, t. X, 1873, p. 388), la *pleu-*

résie ont été signalées parmi les localisations du rhumatisme blennorrhagique; nul doute que la liste de ces localisations ne soit prochainement accrue.

i) Enfin les *manifestations cérébrales et spinales* du rhumatisme, dans toutes les formes, peuvent appartenir au rhumatisme blennorrhagique. Vidart (*loc. cit.*, 1875) a pu en réunir un assez grand nombre d'observations authentiques.

C) Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. Traitement. — La marche du rhumatisme blennorrhagique le classe dans le rhumatisme *subaigu*, forme la plus habituelle du rhumatisme secondaire, dont nous avons esquissé plus haut le *type général*. (Voy. *art. cit.*, p. 651 et suiv.)

a) Le *début* des premiers accidents s'effectue avec autant de variété que dans le rhumatisme franc, quelquefois lentement, d'autres fois tout à fait brusquement; il a lieu à peu près constamment par plusieurs points à la fois, mais il est rare que tous les points envahis *restent* le siége d'une lésion évoluant: la poussée *avorte* sur plusieurs points pour se *localiser* sur quelques-uns seulement, qu'il s'agisse d'arthralgies, d'arthrites, de synovites, de périostites, etc. C'est là un caractère vraiment particulier, un bon signe de rhumatisme secondaire, un indice précis de rhumatisme blennorrhagique.

Les *localisations effectuées* ne sont pas à l'abri des *paroxysmes* propres à tous les accidents rhumatismaux, mais elles ont une fixité spéciale, une prolongation de durée particulière, une résistance généralement grande au traitement employé; moins mobiles, moins vivantes, moins fébriles que les manifestations du rhumatisme franc, elles cèdent moins souvent à l'action des modificateurs généraux. Tant que la cause *inconnue* qui les produit, ou les maintient, persiste, c'est presque en vain qu'on tente de les modifier; arrive un moment, tardif souvent par

malheur, où l'interdit semble levé, le malade vous annonce lui-même qu'enfin il s'est passé quelque chose de nouveau, et que la convalescence va commencer. J.-P. Tessier, dans des leçons faites à l'École pratique en 1844-45, traitant de la blennorrhagie, a émis, au sujet de la thérapeutique de l'arthrite blennorrhagique, des considérations pleines d'intérêt dont on trouve un résumé dans le Mémoire de Ravel (voy. *Bibliogr.*, *cit.*). Avec une grande vérité, cet observateur distingué avait montré l'irrégularité du rhumatisme blennorrhagique et sa résistance particulière aux médications les plus variées, non moins que ses amendements inattendus; irrégularité si grande, ajoutait-il, que l'on ne peut pas, dans les cas heureux, affirmer que la guérison soit due au traitement. Prévenu de cette marche spéciale, le médecin ne doit pas l'oublier dans le cours de sa longue intervention thérapeutique.

Le rhumatisme blennorrhagique ne doit pas être représenté comme une affection absolument apyrétique, ainsi que cela a été fait sous l'influence d'idées théoriques. Exceptionnellement hyperpyrétique, l'affection est souvent pyrétique au début, et dans les paroxysmes du soir ou de la nuit; lisez les observations cliniquement précises de Quinquaud, *loc. cit.*, et vous verrez ce qu'il faut penser de l'apyrexie traditionnelle du rhumatisme blennorrhagique; c'est ici affaire de *degré*. Quelques auteurs font des efforts bien inutiles pour refuser au rhumatisme blennorrhagique la fièvre, les sueurs, l'altération des urines, etc., afin de pouvoir constituer un tableau d'opposition avec le rhumatisme articulaire aigu; encore une fois, cela n'est pas exact et est hors de propos; l'opposition présentée est artificielle. Personne ne conteste la différence qui existe entre une affection à l'état aigu et à l'état subaigu, entre une affection généralisée et une affection relativement

localisée; c'est affaire d'espèce, de forme, de variété, non de genre.

b) Le *pronostic* varie infiniment suivant la localisation, suivant l'état antérieur du sujet, et peut-être un peu suivant l'attention apportée à déterminer les indications précises basées sur l'état de la lésion, sur l'état du malade. Chez un sujet sain, toutes les localisations extérieures, convenablement gouvernées, se termineront à peu près toujours d'une manière favorable; exceptionnellement, il subsiste des lésions locales définitives, des troubles fonctionnels graves; plus exceptionnellement encore, la vie du malade est mise en danger par la gravité insolite des lésions extérieures, ou les articulations envahies deviennent le siége de lésions graves et profondes, dégénérées.

Les localisations viscérales peuvent avoir toute la gravité des localisations viscérales graves du rhumatisme articulaire aigu le plus franc; il ne faut pas l'oublier, les arthroblennorrhagiques les moins rhumatisants en *apparence* peuvent contracter une affection du cœur définitive, être foudroyés par un rhumatisme cérébral; mais ce qu'il faut ajouter de suite, c'est que ces accidents sont infiniment plus rares que dans le rhumatisme articulaire franc.

c) Rien de spécifique dans le *traitement;* il faut traiter la blennorrhagie comme s'il n'y avait pas de rhumatisme. La blennorrhagie qui reparaît à la fin d'un rhumatisme peut être traitée par les moyens ordinaires et guérir sans accident rhumatismal nouveau. Ce n'est pas la suppression de l'écoulement qui *produit* le rhumatisme, sans quoi cette complication se présenterait à nous chaque jour : même chez les rhumatisants blennorrhagiques, ce n'est jamais la suppression thérapeutique de l'écoulement qui amène le rhumatisme, et vous verrez souvent au cours d'un rhumatisme gonorrhéique l'uréthrite paraître et disparaître plusieurs fois, sans relation avec les fluctuations des arthro-

pathies. Il faut placer le malade au repos dans les conditions appropriées; tenir compte de l'état de la température et du pouls, et ne pas trop exclusivement s'en rapporter à l'apparence apyrétique du malade, et à l'apyrexie classique du rhumatisme blennorrhagique. Tout cela est relatif au sujet, aux circonstances particulières, au nombre et à l'intensité des déterminations locales.

Le *traitement local* a une grande importance; jamais de sangsues, mais ventouses scarifiées, vésicatoires volants répétés, avec les précautions que nous avons indiquées plus haut (voy. *art. cit.*, p. 633), teinture d'iode et ouate iodée, compression ouatée, immobilisation, avec toutes les précautions utiles dans le traitement des affections articulaires qui peuvent être suivies d'ankyloses. Comme dans toutes les affections du rhumatisme subaigu, surveiller l'état général, et avoir recours aux moyens diététiques ou médicamenteux appropriés à l'état général du malade : iodure de potassium, quinquina, fer, arsenic, huile de foie de morue, etc.

Dans toutes les formes de rhumatisme blennorrhagique, les eaux sulfurées interviennent très-utilement; le plus souvent même, elles parviennent seules à guérir et les vieux écoulements et les affections éloignées qui en sont les conséquences. Dans quelques cas d'écoulement rebelle, le traitement thermal a rendu aux balsamiques leur action curative; si les petites articulations sont surtout atteintes, les sulfureux agissent moins activement, et il y a lieu de leur associer l'usage de l'iodure de potassium (Lambron).

Néanmoins il est important de rappeler ce que nous avons dit en étudiant les conditions étiologiques, et de dire encore qu'il y a pour le blennorrhagique une *prophylaxie* des accidents rhumatismaux; on aurait tort de faire sonner plus haut que leur valeur quelques faits, toujours discutables, d'après lesquels l'influence des causes extérieu-

rcs est déclarée nulle dans la genèse de ces accidents ; la théorie est ici doublement en défaut si elle donne au médecin l'idée de fatalisme toujours, préjudiciable au malade. Que certains sujets prédestinés, s'internant au premier début d'une blennorrhagie, aient aussi inévitablement un rhumatisme que s'ils étaient exposés aux influences atmosphériques, c'est une question à revoir, ainsi que nous l'avons indiqué déjà. Mais toutes les fois qu'un sujet blennorrhagique, prévenu des accidents auxquels il peut être soumis, pourra se mettre à l'abri des causes adjuvantes que nous avons spécifiées : refroidissement, excès, fatigue, diète exagérée, etc., il aura mis de son côté le plus de chances favorables possible ; et nous pensons hautement que c'est toujours un devoir pour le médecin d'éclairer son malade sur ce point.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du rectum et de l'anus, par M. le Dr Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Un volume in-8°, avec planches, Paris, 1877, chez G. Masson, libraire-éditeur.

« Comment un traité des maladies de l'anus a-t-il sa place dans les *Annales de Dermato-Syphiligraphie*, dira quelque lecteur par trop spécialiste? Comment... et de quel droit?... » — La réponse est facile.

Quand vous explorez un malade, au point de vue de l'herpétisme, où votre regard se porte-t-il instinctivement? A l'anus, lieu d'élection de l'eczéma, lequel est lui-même type des dartres. — Chez un homme présumé syphilitique, où cherchez-vous la lésion qui va confirmer ou dissiper vos doutes? A l'anus, siége le plus fréquent, après la gorge, des plaques muqueuses.

A ce double titre, on le voit, notre attention devait s'arrêter sur l'œuvre de M. D. Mollière.

En effet, plusieurs importants chapitres y sont consacrés à l'étude des lésions syphilitiques et dartreuses de la région anale. D'autre part, la première de ces deux diathèses joue certainement un rôle aussi réel que délicat à préciser dans la pathogénie de quelques-unes des plus graves affections du rectum. Il y aura donc intérêt et certainement profit pour tout spécialiste jaloux de s'élever au-dessus du terre-à terre de ses vieux auteurs classiques, à suivre l'éminent et laborieux chirurgien lyonnais dans la descriptin

méthodique qu'il trace des désordres dont la syphilis et la dartre peuvent expliquer l'apparition dans cette région.

Ainsi et d'abord sous le titre (chapitre XI) de *Localisation des maladies générales sur l'anus et le rectum*, l'auteur étudie les modifications qui sont engendrées dans la muqueuse ano-rectale par l'influence des affections dites diathésiques.

Le chancre primitif, infectant, de l'anus ne présente pas d'autres caractères que ceux qu'il offre dans d'autres siéges. Il est notablement plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Le plus ordinairement il se manifeste là avec l'aspect d'une simple érosion chancriforme. Cet ulcère lorsqu'il subit l'inoculation du pus chancrelleux (chancre mixte), devient alors sordide, ses bords se décollent et la sécrétion est abondante et fétide. — C'est confirmation, décrite d'après nature, des vues non moins exactes qu'ingénieuses de notre savant collègue M. Rollet.

Quant au chancre induré du rectum, on n'en connaît jusqu'à ce jour qu'un seul cas, rapporté par Ricord.

A propos des accidents secondaires, l'auteur signale les syphilides érythémateuses, lesquelles, dans la région anale, sont l'équivalent de la roséole cutanée. Au début d'une syphilis secondaire, la plaque muqueuse de l'anus apparaît isolément, plus tard concurremment avec les éruptions papulo-squameuses. A une période plus avancée de l'affection, les lésions anales n'ont plus le caractère typique des premières plaques muqueuses; elles forment alors ce que les anciens appelaient des condylomes, c'est-à-dire des surfaces humides, parfois proéminentes, recouvertes d'une couche pultacée, plus ou moins épaisse et dont l'odeur est caractéristique.

Mais la partie vraiment intéressante de ce qui concerne la syphilis ano-rectale a rapport surtout aux ulcérations du rectum et aux rétrécissements. M. Mollière a résumé

la description minutieuse qu'en ont faite les auteurs anglais, en quelques traits saisissants, peinture vivante des souffrances si vives, si atroces qui torturent les victimes de cette cruelle dégénérescence. Or, ces redoutables ulcères du rectum sont-ils, en réalité, des accidents syphilitiques secondaires? Là est la question capitale, et nous ne saurions trop approuver les réserves habilement justifiées que M. D. Mollière formule à cet égard. L'inefficacité aujourd'hui bien démontrée du traitement anti-syphilitique dans ces cas me paraît un argument décisif en faveur d'une autre origine. N'exagérons pas, toutefois, dans ce sens. N'oublions pas que le doute, poussé jusqu'à la négation absolue pourrait, en interdisant la seule thérapeutique sur laquelle se fonde une espérance rationnelle, porter le plus grave préjudice à quelques malades.

Quant aux rétrécissements que l'on observe assez fréquemment dans le rectum, il s'agit de savoir si l'on doit les rattacher à la syphilis, aux maladies vénériennes ou simplement à l'inflammation? La question ainsi posée a fourni le texte d'un des chapitres les plus intéressants du livre. De tout temps, en effet, les chirurgiens se sont avec juste raison préoccupés des rapports de la syphilis avec les coarctations rectales.

Le chancre primitif peut-il devenir le point de départ d'un rétrécissement du rectum? Quelques observateurs paraissent l'admettre. Mais il a été facile à M. Mollière de démontrer, et avec une dialectique aussi piquante que solide, que les faits sur lesquels reposait cette doctrine manquent des éléments capables d'entraîner une conviction impartiale, et que jusqu'à ce jour il est rationnellement impossible de considérer les lésions syphilitiques primitives comme ayant une influence locale quelconque dans la genèse de cette affection.

C'est seulement durant les périodes secondaire et ter-

tiaire de la syphilis que l'on a vu survenir des rétrécissements du rectum, mais sans qu'il soit possible, le plus souvent, de préciser quelle a été la lésion initiale. Est-ce une plaque muqueuse, ainsi que le disent quelques auteurs? Mais, comme M. Mollière le remarque avec raison, l'aspect des ulcérations qui précèdent le rétrécissement secondaire cicatriciel diffère essentiellement de celui des plaques muqueuses que l'on rencontre dans d'autres régions, sans que l'on puisse invoquer, pour expliquer une différence aussi tranchée dans les caractères objectifs, le siége de la lésion. En un mot, sans nier l'influence de la région sur la forme des accidents locaux, on ne saurait cependant attribuer à cette influence le pouvoir d'imprimer à ses effets une différence de type aussi tranchée. Ainsi ces ulcérations, décrites avec soin dans les observations, sont en général fongueuses, saignant facilement, et constituent, en un mot, de véritables ulcères douloureux, serpigineux, etc., qui n'ont aucun rapport objectif avec les plaques muqueuses, lésion si fréquente, et, par conséquent, si bien connue.

A la période tertiaire, la pathogénie du rétrécissement rectal se comprend plus aisément. L'altération se produit alors habituellement à la suite de tumeurs gommeuses auxquelles succèdent des ulcérations profondes, dont la cicatrisation entraîne presque fatalement la diminution du calibre de la partie inférieure de l'intestin. A côté des gommes, notons aussi le syphilome ano-rectal si bien étudié par M. A. Fournier, et dont la dégénérescence fibreuse amène par sa rétraction le rétrécissement du rectum.

Enfin, reste l'inflammation syphilitique des tuniques rectales caractérisée par une transformation du tissu conjonctif intermusculaire qui se sclérose et atrophie les fibres musculaires. C'est la troisième manifestation de la syphilis

dans la région ano-rectale (rétrécissements quaternaires de M. Trélat).

Telles sont les diverses formes syphilitiques pouvant devenir le point de départ d'une coarctation anale, formes admirablement décrites, rapprochées, appréciées dans leur essence, leur action, leurs signes, par M. Mollière, dont la compétence personnelle, s'inspirant des précieux conseils qu'une sympathie bien méritée lui a valus si naturellement, s'est ici montrée à la hauteur de cette tâche ardue.

Quant aux maladies vénériennes, leur influence n'est point démontrée. La chancrelle rectale est excessivement rare, si même on l'a observée. Pour celles qui ont leur siége à l'orifice anal, elles peuvent assurément donner lieu à un rétrécissement, mais à un rétrécissement relativement bénin, dont la situation, toujours très-rapprochée de l'extérieur, et l'étendue très-limitée, le rendent beaucoup plus aisément accessible, et par conséquent curable.

Après avoir passé en revue les autres altérations diathésiques qui peuvent s'observer à l'anus, l'auteur arrive à l'herpétisme dont les manifestations sont si fréquentes dans cette région. Ulcérations herpétiques, herpès névralgique, eczéma, prurit, telles sont les lésions de l'anus engendrées par la diathèse herpétique. De ces diverses affections le prurit anal et l'eczéma sont celles que l'on observe le plus habituellement.

Outre les différentes variétés de prurit anal si complétement analysées et décrites par M. Mollière, signalons ici encore le prurit cutané simple (hyperesthésie de la peau). Il est du reste rare qu'il soit exclusivement local : il existe en même temps sur toute la surface tégumentaire, et les lésions cutanées que l'on observe ne doivent être considérées que comme secondaires, car elles sont la conséquence du grattage.

Quant à la localisation du prurigo dans la région anale, elle s'observe assez fréquemment, *prurigo podicis*. Il est

très-rebelle. L'eczéma anal est en général sec. Il donne lieu à des démangeaisons intolérables, surtout pendant la nuit. Après une certaine durée, l'inflammation eczémateuse gagne la muqueuse rectale, qui est rouge, luisante, comme vernissée.

Indépendamment des remèdes énumérés par l'auteur, on pourrait encore avoir recours avec succès — dans le prurit anal notamment — aux lotions avec une solution de chloral. L'efficacité des solutions méthodiquement progressives de sublimé dans ces circonstances est une notion devenue classique.

Le bromure de potassium, les antispasmodiques sont indiqués et amènent fréquemment une sédation marquée, lorsque, au prurit anal, se joint une hyperesthésie générale de la peau.

Pour l'eczéma anal, les pommades à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, etc., sont les meilleurs topiques.

Nous ne saurions, du reste, trop féliciter M. Mollière de la précision avec laquelle ces différents états ont été dépeints ; le praticien trouvera dans les quelques pages que l'auteur y a consacrées de précieuses indications, tant au point de vue de a nature des lésions que sous le rapport du choix à faire entre les moyens destinés à combattre ces diverses affections, selon leur provenance, le tempérament qui leur sert de support, les complications qui les masquent ou les aggravent, la période à laquelle il est donné au médecin de les observer, etc., etc.

Il faut nous borner à mentionner le chapitre de la chancrelle, sans pouvoir en donner une idée même sommaire mais non sans affirmer sa haute valeur, en déclarant que non-seulement le lecteur ordinaire y prendra la connaissance exacte de cette lésion si importante à connaître, mais que les syphiligraphes eux-mêmes trouveront, dans ce qui a rapport aux chancrelles profondes, un supplément pré-

cieux aux notions que contiennent leurs traités didactiques.

Nous quittons ici M. Mollière, et nous ne le quittons pas sans regrets, et même sans quelques remords ; car nous nous sentons involontairement mais réellement presque coupables envers cet esprit original, ce laborieux érudit, ce dialecticien sévère, de n'avoir signalé que par les petits côtés son œuvre destinée à devenir l'honneur de la chirurgie française. De même que comme spécialiste, nous avons trouvé notre compte dans ces pages de haute science, de même il nous aurait été doux, nous rappelant que nous ne fûmes pas toujours exclusivement spécialiste, d'apprécier, avec notre plume d'autrefois, les chapitres si substantiels, si débordant de logique et de faits, consacrés aux *rectopathies* principales, à la fissure anale, aux fissures, aux rétrécissements, aux dégénérescences, etc. Mais d'autres et plus compétentes mains s'étant chargées de remplir cette tâche, nous ne pouvons que confirmer les éloges adressés unanimement à notre cher collègue pour son premier essai, qui promet un maître à la science, et, en attendant, voudra assurément un professeur digne d'elle à la future Faculté lyonnaise. P. D.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur l'emploi du papier buvard dans les affections de la peau et des muqueuses.

A la séance du 19 mai 1876 de la *New-York Medical Journal Association*, le Dr G.-H. Foy a lu un court mémoire contenant la description et les usages de ce qu'on nomme vulgairement le papier buvard. Il indique deux variétés de ce produit : le papier français, employé par les dentistes pour absorber la salive pendant qu'ils opèrent sur la bouche, et le papier japonais. Le premier est composé de fibres végétales auxquelles on a adjoint de la laine ; il se réduit aisément en une pulpe sous l'influence de l'humidité et absorbe au moins cinq fois son poids d'eau. Sa faculté d'absorption n'est peut-être pas supérieure à celle du bon *lint;* mais elle agit avec beaucoup plus de célérité. Le papier japonais, mouillé, ne se réduit pas en pulpe ; au contraire, on peut le rouler en cylindres, et alors il résiste encore avec énergie à la traction. On peut ainsi le faire entrer dans des sinus, dans l'urèthre et autres cavités ; il est assez résistant pour se laisser retirer en entier et sans effort. Le Dr Foy considère ce papier, et en particulier la variété française, comme tout à fait propre à remplacer le *lint,* le coton et les poudres absorbantes ; il estime qu'il trouverait bien son emploi dans bon nombre de cas. On pourrait s'en servir pour déterger les surfaces saignantes, et il remplacerait avantageusement les éponges, si sujettes au reproche de faire passer des germes d'un

individu sur l'autre. Pour le traitement des affections cutanées accompagnées d'exsudation, il n'a pas semblé susceptible d'un usage aussi particulier. C'est surtout dans le traitement du mal vénérien, et en particulier des chancres des organes génitaux qu'il a rendu de grands services. Toutefois, il a été employé avec grand succès contre l'eczéma du sein qui survient chez les nourrices. On recouvre simplement la mamelle de papier que l'on change fréquemment. Roulé en boulettes plus ou moins grosses, il constitue un moyen admirable pour établir un contact parfait entre un liquide caustique et une surface à cantériser, sans que l'on ait à craindre d'aller plus loin : je n'en veux pour exemple que l'application de l'acide nitrique sur un chancre mou. Quand la boulette a fait son effet, on l'enlève, et alors plus d'accidents de transmission à redouter par le fait des instruments, etc. On a dit que le meilleur pansement des chancres est celui qui en absorbe le mieux la sécrétion. Le *lint* et le coton atteignent bien ce but ; mais ils s'enlèvent avec difficulté : une poudre donne naissance à une croûte qui est un obstacle. Le papier brouillard absorbe vivement la matière sécrétée ; s'il est renouvelé d'une façon suffisante, la plaie et les parties voisines n'ont pas besoin de lavage. Comparé au *lint*, le papier est au moins équivalent sous tous les rapports, si ce n'est supérieur à ce produit : en effet, il absorbe mieux et plus vite ; il s'enlève aisément et coûte cinq fois moins cher. On pourrait ainsi préparer du papier trempé dans une solution à 50/100 d'acide carbolique, de persulfate et de perchlorure de fer, pour remplacer le coton styptique ; dans une solution à 15/100 d'iodoforme dans l'éther, dans du thymol, de la calingula, etc., etc.

Le mémoire a été discuté par les Drs O'sullivan, Post, Farnham, Robertson, Piffard, Bulkley, Taylor, Pooley, Sturgis, et autres membres.

Les dermatologistes ont proposé d'affecter le papier au traitement du zona, affection où l'on doit désirer la formation d'une croûte. Pour les ophthalmologistes, il a paru applicable aux affections suppuratives des yeux par son pouvoir absorbant et détersif. Les chirurgiens en recommandent l'usage contre l'épistaxis et toutes les hémorrhagies peu graves.

On l'a conseillé pour remplacer le linge que portent les femmes à l'époque de leurs règles, ou le mouchoir dont se servent les gens affectés de catarrhe des fosses nasales.

On vote des remerciements au Dr Foy pour son mémoire, et l'association se sépare. (Traduit de l'anglais par le Dr Édouard Labarraque, *New-York Medical Record, Jun.* 10, 1876, p. 388.)

EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE CONTRE QUELQUES AFFECTIONS DE LA PEAU.

1° Le Dr Tizzoni a employé l'huile d'ergot de seigle dans 5 cas de *gale*. De ces essais il croit pouvoir conclure que ce médicament est de beaucoup préférable, soit pour la rapidité de son action, soit pour sa sûreté, à toutes les pommades employées jusqu'ici. Il prescrit au malade de s'en badigeonner avec un gros pinceau, comme on le fait habituellement avec le baume du Pérou; le lendemain, bain avec savon alcalin. C'est à l'action des huiles éthérées, à odeur très-pénétrante, contenues dans l'ergot de seigle, que Tizzoni attribue l'efficacité de cette substance, dont l'emploi permettrait, dit cet auteur, de réaliser une économie considérable dans les grands hôpitaux (*Experienze cliniche coll' olio di maiz guasto.* — Giornale italiano delle malattie della pelle, p. 157, année 1876.)

2° Le Dr Rossi a également vanté cet agent thérapeutique qui lui a semblé produire de bons résultats dans les cas suivants :

Une femme était affectée de *pityriasis furfuracea* de la tête. On lui fit prendre, chaque matin, une cuillerée à café de teinture de seigle ergoté ; en même temps, ce médicament était employé à l'extérieur, en onction, sous forme d'huile. Au bout de 20 jours, la guérison était complète.

Même succès par le même traitement dans un cas d'*eczéma capitis* avec production abondante de croûtes et complication de parasites.

Enfin deux jeunes filles, qui présentaient sur presque tout le corps des taches de *chloasma*, en furent complétement guéries au bout de 35 jours par l'emploi des mêmes moyens, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

L'auteur se demande si, dans certaines affections cutanées la cure externe ne suffirait pas à amener la guérison. (*Pitiriasi, eczema e cloasmi curati coll' olio di maiz guasto* (*Erba*). — Giornale italiano delle malattie della pelle, p. 51, année 1876.)

3° Le professeur C. Lombroso rapporte également l'histoire d'une femme âgée de 35 ans, qui était atteinte, sur le menton, d'une *acné* avec *pityriasis ;* à chaque période menstruelle, cette éruption s'exaspérait en dépit d'un traitement sulfureux et d'onctions avec l'huile de baleine. A partir du 1er octobre 1875, on fit une onction quotidienne avec l'huile de seigle ergoté ; le 4, l'amélioration se manifesta ; le 12, il ne restait plus de l'affection que des traces rouges, qui ne tardèrent pas elles-mêmes à disparaître.

Un *eczéma prurigineux* du coude, datant de plusieurs années et rebelle à toute espèce de traitement, céda après six badigeonnages avec l'huile ergoté ; la guérison n'a été troublée depuis 5 mois par aucune récidive. (*Acne e piti-*

riasi eczemi ed curati coll' olio di maiz guasto (dell' Erba). — Giornale,... *ut suprâ*, p. 52.)

4° Le professeur Lesi (d'Imola) fut consulté, il y a quelques mois, pour une petite fille de 10 ans dont le tégument, depuis plusieurs années, était couvert d'*éruptions de toutes sortes* : squames, bulles, tubercules, prurigo, « un véritable Job », dit l'auteur. Ce fut merveille que de la voir guérir en 15 jours, sous l'influence du traitement ergoté (teinture à l'intérieur, huile en badigeonnage sur la peau). L'incurie de ses parents laissa se produire une récidive ; mais on en eut vite raison. Aujourd'hui, guérie depuis plusieurs mois, cette enfant est méconnaissable : sa peau est absolument saine et sa nutrition a pris un essor inaccoutumé. (*Eczema curato coll' olio di maiz guasto.* — Giornale,... *ut suprâ*, p. 53.)

Dr L. Jullien.

De la syphilis héréditaire, par M. Kassowitz.

La transmission d'une maladie des parents au fœtus peut se faire de l'une des deux façons suivantes : soit par la cellule spermatique ou ovulaire, c'est-à-dire par voie d'hérédité proprement dite, soit par le passage d'un principe morbide quelconque de la circulation maternelle dans la circulation fœtale. Ces deux modes de transmission morbide semblent s'exclure réciproquement, car il n'est aucune maladie qui les possède tous deux à la fois. La syphilis, seule dans toute la pathologie ferait-elle exception à la règle. L'auteur ne le croit pas et il appuie son opinion sur des raisons théoriques et sur des preuves directes. Il montre d'abord que la syphilis congénitale est une et représente un état pathologi-

que tout spécial, très-différent de la syphilis acquise, et il se refuse à penser que deux processus si différents l'un de l'autre que le sont l'hérédité proprement dite et l'infection intra-utérine puissent produire un résultat identique. Passant aux faits, l'auteur aborde successivement les problèmes suivants : Une mère saine (non syphilitique) peut-elle mettre au monde un enfant syphilitique ? Les observations de l'auteur répondent par l'affirmative. Placé dans les meilleurs conditions pour observer les mères pendant plusieurs années consécutives il a pu se convaincre que la procréation d'un enfant syphilitique par une mère saine était un fait fréquent. Il rapporte de plus un grand nombre d'observations dans lesquelles on voit un père, syphilitique de longue date, avoir un enfant syphilitique avec une femme saine. L'auteur tire de ces faits la conclusion que la syphilis ne passe jamais de l'enfant à la mère par l'intermédiaire de la circulation placentaire, et il montre que dans tous les cas publiés où la mère est devenue syphilitique pendant sa grossesse, sa syphilis avait une source étrangère au fœtus. Il fait ensuite une étude critique de l'opinion et des observations des auteurs qui pensent que la mère devenue syphilitique pendant la grossesse peut infecter son fœtus originairement sain ; d'après lui, aucun des faits publiés pour soutenir cette thèse n'est probant; au contraire ses propres observations, ainsi que celles de beaucoup d'autres auteurs, montrent qu'un enfant, dont les deux parents étaient sains au moment de la procréation, ne devient pas syphilitique, même quand sa mère est infectée à une époque quelconque de sa grossesse. Cette syphilis acquise en un tel moment peut interrompre le cours de la grossesse, mais voilà tout. Après avoir établi ainsi que le virus syphilitique ne traverse les parois vasculaires qui séparent la circulation fœtale de la circulation matérielle, ni dans le sens du fœtus à la mère, ni dans le sens de la mère au fœtus, il arrive à la formule suivante : la trans-

mission de la syphilis des parents à l'enfant ne se fait que par l'acte de la procréation, c'est-à-dire par voie d'hérédité au sens strict du mot, l'héritage pouvant d'ailleurs provenir indistinctement soit du père seul, soit de la mère seule, soit des deux parents à la fois. Cette théorie simplifie beaucoup, comme on le voit, la question de la genèse de la syphilis congénitale et nous fournit également une conception plus nette de la nature du virus syphilitique. L'auteur semble admettre en effet que ce virus est inhérent aux éléments anatomiques figurés de l'organisme malade et qu'il faut de toute nécessité qu'un de ces éléments syphilitiques passe d'un organisme dans un autre pour y transporter avec soi la maladie. La transmission de la syphilis se ferait donc suivant un mode plus saisissable, plus grossier, pour ainsi dire, que celui qui préside à la transmission des principes morbides différents (ceux des fièvres éruptives, par exemple). L'échange de gaz et de liquide qui se fait dans le placenta ne suffirait pas pour faire passer le virus de la circulation maternelle dans la circulation fœtale. Pour qu'un organisme soit syphilitique, il faut qu'il reçoive d'un autre organisme vicié, soit un globule de pus, soit un globule de sang, ou qu'il provienne directement de cet organisme, comme dans l'acte de la procréation, par la cellule ovulaire ou spermatique.

Après avoir ainsi défini le processus qui préside à la genèse de la syphilis héréditaire, l'auteur étudie dans quels cas la syphilis des parents est transmissible aux enfants, et quels rapports existent entre l'intensité de la syphilis de l'enfant et la période à laquelle est arrivée celle des parents au moment de la conception. La syphilis est transmissible au troisième mois, ce retard doit être considéré comme un signe que le pouvoir de transmissibilité des parents est tout à fait sur son déclin.

Les lois de la transmissibilité héréditaire de la syphilis

sont profondément altérées par l'influence du traitement mercuriel. Ce traitement peut produire deux résultats : il peut complétement annihiler la puissance de transmission du virus, et dans ce cas, à un enfant mort-né, peut succéder au bout de peu de temps un enfant parfaitement sain (ce qu'on n'observe jamais quand les parents ne se traitent pas); ou bien il affaiblit seulement cette puissance de transmission, et des parents récemment syphilitiques peuvent éviter un avortement et procréer un enfant vivant atteint d'une syphilis de force variable. Fait bien digne d'être noté, si les parents abandonnent le traitement mercuriel, ils peuvent mettre au monde des enfants syphilitiques après en avoir procréé de sains. (*Stricker's Jahrb.* 1875, p. 359.) CH. SCHWARTZ.

HOPITAL SAINT-LOUIS (Semestre d'été, 1877). — *Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques.*

Lundi : M. le Dr Guibout, leçons cliniques sur les maladies des femmes, salle Henri IV, à 8 h. 1/2. — M. le Dr Vidal, leçons sur l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cutanées, salle Saint-Jean, à 9 heures.

Mardi : M. le Dr A. Fournier, conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, à 8 h. 1/2.

Mercredi : M. le Dr Ernest Besnier, clinique dermatologique, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, à 9 heures.

Jeudi : M. le Dr Hillairet, leçons cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, à 9 heures.

Vendredi : M. le Dr Lailler, conférences cliniques sur les affections cutanées, salles Sainte-Foy et Saint-Mathieu, à 8 h. 1/2. — M. le Dr Vidal, conférences cliniques sur les affections cutanées, salle Saint-Jean, à 9 heures. — — M. le Dr A. Fournier, cours complémentaire de la faculté, maladies syphilitiques, amphithéâtre d'opérations, à 9 h. 1/2.

Samedi : M. le Dr Guibout, conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Saint-Charles, à 8 h. 1/2. — M. le Dr Ernest Besnier, cours élémentaire de pathologie cutanée (laboratoire de la salle Saint-Léon), à 9 heures.

Dimanche : M. le Dr Lailler, leçons sur les teignes, avec exercices pratiques et démonstrations, pavillon Saint-Mathieu, à 9 heures.

HOPITAL DU MIDI.

M. le Dr Ch. Mauriac, cours sur les maladies vénériennes, tous les samedis à 9 heures. Le mercredi, examen des malades, salle 8, 2e division.

M. le Dr Horteloup, conférences cliniques sur les maladies vénériennes, tous les dimanches à 9 h. 1/2.

HOPITAL DES ENFANTS ASSISTÉS.

M. le prof. Parrot, cours sur la syphilis des nouveau-nés, tous les dimanches à 9 h.

HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE (Lyon). — (Semestre d'été, 1877, — *Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques.*)

M. Horand, chirurgien en chef de l'Antiquaille, cours sur les maladies cutanées et vénériennes chez l'homme, les mardis et vendredis, à 7 heures du matin.

M. Dron, chirurgien des Chazeaux, cours sur des maladies cutanées et vénériennes chez la femme et les petits enfants, les mercredis et samedis, à 7 heures du matin.

M. Aubert, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille, cours sur les maladies du cuir chevelu, tous les jeudis, à 7 heures du matin.

Nous apprenons la mort regrettable de M. le Dr Alphée Cazenave, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, dermatologiste distingué : il cultivait notre spécialité à un double titre, puisque disciple et successeur de Biett, il avait aussi attaché son nom à un traité complet des syphilides.

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont, 12, rue du Bac-d'Asnières. (1828, 7-6.)
Le gérant, G. MASSON.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I.

LA DOURINE.

Leçon clinique par M. Saint-Cyr, professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

Il y a longtemps que je me proposais de vous entretenir de l'affection de deux étalons qui nous ont été envoyés malades d'Afrique ; ils se trouvent dans notre service depuis le 21 janvier dernier : ils sont atteints d'une affection que vous aurez sans doute rarement l'occasion d'observer, car je la vois aujourd'hui pour la première fois. Cette maladie est connue en France sous la dénomination de *maladie du coït*, il serait peut-être préférable de l'appeler de son nom arabe : *la dourine.*

Le retard que j'ai mis à vous en parler, dans nos cliniques, n'a pas tout à fait dépendu de ma volonté ; ce retard au surplus ne vous sera point préjudiciable. — D'une part, vous avez vu, depuis un mois, les symptômes si remarquables que présentent ces deux chevaux ; d'autre part,

il m'a été possible de faire, sur cette affection, des recherches bibliographiques plus complètes, dont j'espère vous faire profiter.

Synonymie. — On la trouve encore désignée, dans les auteurs, sous les noms de maladie vénérienne, syphilis des chevaux, affection paralytique des reproducteurs. Les Allemands l'appellent *Beschälkrankheit*, ils lui donnent quelquefois aussi le nom de *mal français;* elle mériterait bien mieux, comme vous allez le voir, le nom de *maladie prussienne.*

Historique. — C'est en effet en Prusse, dans le grand-duché de Posen, qu'elle a été observée et décrite pour la première fois en Europe, à la fin du siècle dernier, en 1796, par le vétérinaire J. Ammon. Depuis lors, c'est encore en Prusse qu'on a eu l'occasion de la voir le plus souvent : dans le même grand-duché de 1801 à 1807 (Ammon, Reckleben); de 1807 à 1815 ou 1818 (Walterdorf, Naumann); en Poméranie en 1839 (Haxthausen); de nouveau dans le grand-duché de Posen de 1840 à 1843 (Rodloff-Hertwig).

Dans le royaume de Hanovre, elle a régné de 1817 à 1820, et elle y a été étudiée par le vétérinaire Havemann.

Les États de la monarchie autrichienne l'ont connue dès le commencement de ce siècle; on la voit signalée, notamment en Silésie, en Bohême, en Styrie, dès 1821. Mais c'est surtout en Bohême, paraît-il, qu'elle a exercé ses ravages, notamment de 1827 à 1830 (Hertwig), en 1835 et 1836 (Erdelig), en 1846 et en 1867 (Pillevax, Maresch), de 1850 à 1862 (Maresch-Röll).

La Russie parait également l'avoir connue d'assez bonne heure, mais les premiers renseignements positifs que nous avons sur son compte, de ce côté, datent seulement de

1843 (Reuner). Depuis, elle y a été étudiée par Busse (1857) et Jessen, de Dorpat (1859).

En France, quelques vétérinaires du commencement de ce siècle, notamment Lautour (1839 ?), Dayot et quelques autres ont bien décrit une maladie des organes génitaux chez les juments et les étalons, mais il suffit de lire les descriptions qu'ils en ont données pour se convaincre qu'il ne s'agit pas là de la véritable maladie du coït, mais d'une affection absolument différente, toujours bénigne, maladie éruptive, que l'on a, du reste, séparée depuis longtemps de celle qui doit nous occuper ici, et décrite sous le nom d'exanthème *coïtal*, et qui n'est rien autre chose —je vous le démontrerai dans une autre occasion —que le *horse pox*.

Quant à la véritable *maladie du coït*, elle a fait sa première apparition dans notre pays en 1851. Elle fut importée à cette époque dans la plaine de Tarbes, par un étalon syrien nommé Méhédy. Les pertes très-sérieuses qu'elle y occasionna éveillèrent l'attention de l'administration, une commission fut nommée par le préfet des Hautes-Pyrénées pour l'étudier. Le ministre de l'agriculture confia une mission semblable à MM. Yvart et Lafosse; des expériences intéressantes dont j'aurai à vous parler un peu plus tard furent faites à l'école de Toulouse par MM. Prince et Lafosse, et l'on put ainsi réunir des documents importants pour l'histoire de cette singulière et grave affection.

Définition. — Qu'est-ce donc que cette maladie du coït? On peut, ce me semble, la définir, une affection générale, virulente, particulière aux solipèdes, qui attaque exclusivement les reproducteurs des deux sexes, maladie grave, presque toujours mortelle, à marche essentiellement lente et chronique, qui aboutit presque fatalement à la paralysie générale.

Elle avait disparu de la plaine de Tarbes depuis 1854,

quand elle y reparut de nouveau en 1861, importée encore une fois dans cette localité par un étalon arabe, nommé Chibin, acheté en Syrie en 1860, en même temps qu'un autre étalon de même race, Sedahon, qui fut envoyé à Pau, où il ne tarda pas à mourir *paralysé*, mais paraît-il, sans avoir fait la monte, car la maladie n'a pas été signalée aux environs de Pau. — M. Trélut, vétérinaire du haras à Tarbes, a fourni sur cette maladie, qu'il fut à même d'observer à cette époque, plusieurs mémoires très-intéressants que nous utiliserons pour notre étude.

De ce qui précède, il résulte que cette affection des reproducteurs paraît commune en Orient, notamment en Syrie. Elle est également connue depuis un temps immémorial (Dr Vital) en Algérie. — Elle a fait, notamment, de grands ravages, en 1845-1847, sur les juments de la tribu des *Rigas*, province de Constantine (Signol). MM. Signol, général Daumas, Dr Vital ont fourni sur son compte des documents intéressants. — Enfin, elle y règne encore en ce moment, car les deux étalons qui font l'objet de cette clinique viennent de cette colonie, et deux autres, de même provenance et attaqués du même mal, sont en ce moment l'objet d'études semblables aux nôtres à l'école d'Alfort.

Telle est, messieurs, en quelques mots, l'histoire de cette maladie. — J'ajoute que, jusqu'à ce jour, elle paraît inconnue en Angleterre. — Cela résulte non-seulement de l'absence de documents anglais ayant trait à ce sujet, mais encore de ce fait que le Dr Willams, directeur de l'école vétérinaire d'Édimbourg, a demandé, pour son livre : « *The principles and practice of veterinary medicine* » une description de cette affection, qu'il ne connaissait pas, à un jeune vétérinaire que plusieurs d'entre vous se rappellent sans doute avoir vu parmi nous il y a deux ans, M. Arh. Robinson, lequel a fourni à son maître la

description demandée d'après les documents français que j'ai mis moi-même à sa disposition.

Symptomatologie. — Dans la description qui va suivre, je prendrai pour guide les auteurs qui ont étudié cette affection d'une manière complète (Hertwig, Nodloff, Röll, Lafosse, Trélut) sans me préoccuper de ce que nous avons pu observer nous-mêmes; — vous verrez jusqu'à quel point ces symptômes se retrouvent chez les sujets que nous avons sous les yeux. Dans une autre leçon nous reviendrons avec quelques détails sur ces sujets, nous verrons mieux alors en quoi les symptômes qu'ils présentent ressemblent à la description générale que nous allons donner et en diffèrent; nous nous arrêterons, à cette occasion, sur les particularités qui nous paraîtront les plus dignes d'attention. Il m'a semblé que cette marche était la plus propre à rendre fructueuse l'étude que nous nous proposons de faire.

J'ai dis que la dourine était une affection essentiellement chronique, lente dans sa marche; elle ne dure, en effet, jamais moins de quelques mois et peut même se prolonger au delà d'une année. — Aussi a-t-on divisé son cours en plusieurs périodes, ou mieux peut-être, puisqu'il s'agit d'une affection chronique, en plusieurs *degrés.* — On en reconnaît ordinairement trois; nous allons les décrire successivement.

1er *degré.* — Dans cette période, qui comprend le début de l'affection, les symptômes sont assez différents chez le mâle et chez la femelle pour qu'il soit utile d'en faire une description séparée.

A. *Chez la femelle.* — Le premier symptôme qui donne ordinairement l'éveil est un *gonflement* plus ou moins considérable de la vulve. Ce gonflement, ordinairement unilatéral, qui produit une déformation de l'orifice génital externe, est de nature *œdémateuse,* un peu chaud, peu douloureux, mais qui s'accompagne souvent d'un *prurit*

intense. En même temps, la *muqueuse vulvaire* apparaît, quand on entr'ouvre les lèvres de l'orifice *rouge*, injectée, iritée et *plus humide* qu'à l'ordinaire. — Bientôt cette humidité se transforme en un véritable *écoulement* muco-purulent, plus ou moins abondant, qui salit les crins de la queue et les agglutine. — La jument se campe fréquemment pour uriner, et l'urine rendue chaque fois, en petite quantité, est épaisse, sédimenteuse, comme *plâtreuse*, suivant l'expression des auteurs. Alors aussi se montre tantôt sur la muqueuse vulvaire et même vaginale, tantôt sur la peau de la vulve et du pourtour des organes génitaux, une *éruption exanthémateuse.* — Cette éruption, du reste, ne paraît pas avoir des caractères bien tranchés et surtout bien spéciaux; elle est au contraire essentiellement polymorphe; c'est du moins ce qu'il est permis de conclure des descriptions fort diverses données par les auteurs. Ils la décrivent, en effet, tantôt comme *pustuleuse*, tantôt comme *vésiculeuse*, tantôt comme *papuleuse*, tantôt comme formée par des *taches blanches* dûes à la résorption du pigment cutané, tantôt comme des tuméfactions des follicules résultant de la prolifération exagérée de leurs éléments lymphoïdes (Maresch), tantôt comme des ulcérations diphthéritiques (Röll), etc., etc... Il est donc assez difficile de se faire, comme vous pouvez le voir d'après cette description, une idée bien nette de la nature de cette éruption. Du reste elle est loin d'être constante ; M. Signol n'en fait pas mention, et Maresch dit positivement qu'elle a fait complétement défaut dans l'épizootie de Bohême de 1867. Ces éruptions, quand elles existent, évoluent assez rapidement : en 15 ou 20 jours elles parcourent toutes leurs phases et se cicatrisent. Parfois cependant elles prennent l'aspect d'ulcérations sordides, profondes, à bords calleux, infiltrés, à fond diphthéritique, profond et se cicatrisent difficilement; les cicatrices restent épaisses, cordées,

étoilées (Röll). Enfin, il peut se montrer des éruptions semblables pendant tout le cours de la maladie.

B. *Chez l'étalon.* — Les symptômes, du début sont en général bien moins accusés que chez la jument. Il n'est pas rare qu'un cheval déjà depuis longtemps et gravement atteint conserve toutes les apparences de la santé et ne soit reconnu malade qu'à ce fait que les juments qu'il *saillit* deviennent elles-mêmes malades. Telles paraissent avoir été les conditions de l'étalon Médédy et de beaucoup d'autres.

Les plus souvent, cependant, on observe chez lui quelques symptômes locaux, et ces symptômes, comme chez la jument, occupent, suivant une expression qu'affectionnent les médecins syphiligraphes, de préférence la sphère génitale.

C'est souvent une tuméfaction limitée, unilatérale du fourreau, tuméfaction un peu chaude, un peu douloureuse, mais essentiellement œdémateuse. Ou bien, c'est la verge qui est comme paralysée, pendante, même en dehors de l'érection, parfois œdémateuse. Généralement il y a une légère uréthrite, la muqueuse du méat urinaire est rouge, enflammée, boursouflée et plus humide qu'à l'état normal. L'écoulement uréthral paraît moins constant que chez la jument, mais il y a, comme chez cette dernière, un peu de dysurie : l'animal se campe souvent et urine peu à la fois. La verge, le fourreau, le scrotum peuvent être aussi le siége d'éruptions exanthématiques polymorphes, qui, plus souvent encore que chez la jument, paraît-il, peuvent faire défaut, et qui, de même encore, peuvent se manifester à plusieurs reprises dans le cours de la maladie.

Les érections sont moins fréquentes que dans l'état de santé, elles sont aussi moins complètes, et, au dire des auteurs, le *champignon* devient énorme, beaucoup plus volumineux que chez les animaux sains ; l'acte du coït paraît être douloureux, et il arrive parfois que l'étalon monte

plusieurs fois sur la jument avant d'éjaculer (Zuudel). On a même signalé certaines modifications du sperme, mais elles paraissent douteuses, en tout cas il est certain qu'un étalon malade peut encore faire très-bien la saillie et féconder les juments avec lesquelles on le fait s'accoupler. Cependant les testicules eux-mêmes ou l'épididyme peuvent être le siége de quelques modifications morbides. C'est ainsi qu'on peut trouver l'un ou les deux testicules pendants, volumineux et chauds, ou bien l'épididyme manifestement engorgé et douloureux.

Pendant longtemps la maladie, aussi bien chez la jument que chez le cheval, ne se révèle que par des manifestations locales, et les animaux, quoique malades depuis un mois et plus, conservent, ainsi que je l'ai déjà dit, toutes les apparences de la santé. Parfois cependant on constate, paraît-il, comme symptômes, quelques modifications dans l'habitude générale, qui est moins bonne, un peu de tristesse passagère, un appétit capricieux, et même de temps à autre un léger mouvement fébrile. Puis la santé générale s'altère, l'animal maigrit bien qu'il conserve encore un bon appétit. Cet amaigrissement s'observe d'abord dans l'arrière-main, les muscles de la région lombaire et de la croupe diminuent de volume, les saillies osseuses de ces régions deviennent plus apparentes, le dos se vousse en même temps qu'il acquiert une sensibilité exagérée.

Examiné à l'écurie, l'animal ne paraît pas malade, au moment où on le sort, il manifeste encore sa gaieté et sa vivacité habituelles, soumis à l'exercice, il montre d'abord la même énergie, la même franchise d'allures qu'en santé. Mais si l'on prolonge l'exercice, surtout à une allure un peu rapide, on voit tout à coup l'un des boulets postérieurs se fléchir brusquement et la croupe s'affaisser comme si l'animal avait fait un faux pas, et ce symptôme se reproduit plusieurs fois sans cause déterminante apparente. On

peut considérer ce symptôme important comme marquant le passage de la première à la seconde période de l'affection. Elle date alors de 1, 2, 4 et même 6 mois, suivant les circonstances.

Deuxième degré. — Pendant toute la première période, les symptômes locaux, ceux qui ont pour siége la sphère génitale, tiennent le premier rang sur la scène morbide ; à partir de maintenant, il n'en est plus ainsi, ces symptômes disparaissent peu à peu ou s'amoindrissent, ou, pour le moins perdent beaucoup de leur importance. Ce sont au contraire les phénomènes généraux, dépendant de modifications survenues dans les fonctions de nutrition et de relation qui deviennent prédominants. D'ailleurs ils se ressemblent assez dans les deux sexes pour qu'il soit inutile de les décrire séparément chez le mâle et chez la femelle.

Rien d'important à signaler dans l'habitude extérieure, sinon une légère expression de tristesse qui, pour un observateur attentif peut faire dire que l'animal n'est plus dans son état de santé habituel. Rien non plus dans la respiration et la circulation qui, pourtant, s'accélèrent plus vite qu'à l'état physiologique sous l'influence d'un exercice un peu actif. L'appétit n'offre rien de particulier, il peut rester excellent ou se montrer plus ou moins capricieux. Mais la nutrition a déjà reçu une atteinte profonde, l'animal maigrit et cet amaigrissement est surtout sensible et rapide dans les parties postérieures du corps, dont les saillies osseuses s'accusent plus fortement sous la peau. La croupe devient anguleuse, les reins se voussent (dos de mulet, dos de carpe), la corde du flanc se dessine plus fortement, ainsi que la *raie de misère*, les muscles des lombes, de la croupe, de la face antérieure de la cuisse (muscles rotuliens) diminuent de volume, s'émacient plus ou moins rapidement et plus ou moins complétement.

La sensibilité générale ne paraît pas diminuée, celle de la région lombaire est, au contraire, exagérée jusqu'à la douleur et quand on pince cette région, tantôt l'animal s'affaisse presque jusqu'à tomber, tantôt il réagit et *fait le gros dos comme un chat en colère* (Trélut).

Mais c'est surtout la fonction locomotrice qui se montre profondément atteinte. Déjà au repos et à l'écurie, l'animal témoigne que la contraction musculaire ne jouit plus chez lui de toute son énergie, de l'arrière-main tout au moins. Beaucoup de malades restent moins longtemps debout qu'en santé, ils sont souvent couchés et leur décubitus se prolonge longtemps, d'autres trépignent des pieds postérieurs en même temps qu'ils engagent plus ou moins les membres antérieurs sous le centre de gravité, ils sont sous eux du devant. En action, leur démarche offre une raideur toute particulière, la croupe vacille, les membres postérieurs chassent avec peine le poids du corps en avant, ils se portent eux-mêmes en avant avec peine, tout d'une pièce, et le pied de derrière ne vient pas recouvrir la piste du pied de devant. Souvent aussi, surtout à une allure rapide, l'un des boulets postérieurs se fléchit brusquement au moment de l'appui, et la croupe s'affaisse comme si l'animal avait fait un faux pas.

Alors apparaît sans cause provocatrice, une boiterie plus ou moins forte de l'un ou de l'autre des membres postérieurs, boiterie que n'explique dans beaucoup de cas aucune lésion apparente, mais qui, souvent aussi, trouve son application dans un gonflement douloureux d'une grande articulation (boulet, jarret, articulation fémoro-rotulienne). Ces boiteries persistent plus ou moins longtemps, 4, 8, 12 jours et davantage, puis disparaissent comme elles étaient venues, sans causes appréciables.

C'est aussi dans le cours de cette deuxième période qu'on voit survenir des paralysies partielles, des lèvres,

des joues, des oreilles, des paupières, etc., paralysies qui en général persistent ensuite indéfiniment et qui quelquefois disparaissent comme elles étaient venues. La parésie postérieure peut même augmenter subitement au point d'amener une véritable paraplégie, laquelle peut également se dissiper d'elle-même après 5, 8 et 12 jours sans laisser d'autres traces qu'une faiblesse un peu plus grande de l'arrière-main.

On comprend facilement que dans ces conditions le service du cheval étalon soit difficile. Et, en effet, sans qu'il y ait impuissance génitale à proprement parler, l'étalon est cependant plus froid, moins porté à l'accouplement, les érections sont moins fréquentes, plus lentes et moins complètes. La monte est rendue difficile et plus tard impossible par la difficulté et l'impossibilité où l'animal se trouve d'effectuer le *cabrer*.

Une autre symptôme très-important, qui appartient également à cette période, bien qu'il puisse aussi, comme du reste la boiterie elle-même, se montrer parfois comme symptôme précoce, consiste dans l'apparition sur différentes parties du corps — l'encôlure, l'épaule, les côtes, le flanc, les membres — de tumeurs arrondies, peu proéminentes, dont l'étendue varie entre celle d'une pièce d'un franc et celle de la paume de la main, tumeurs affectant la forme de plaques très-nettement circonscrites, non acuminées mais plutôt plates, et qui ont leur siége dans l'épaisseur même du derme.

Ces plaques cutanées un peu molles au début, peu chaudes, peu douloureuses à la pression, prennent ensuite une consistance plus ferme, elles persistent pendant 8, 10 et 15 jours, plus ou moins, puis disparaissent graduellement, quelquefois assez vite par résolution sans laisser de trous. Elles ne sont jamais bien nombreuses à la fois, 2, 4,

8, mais elles peuvent se montrer à plusieurs reprises pendant le cours de la maladie.

Enfin la jument pleine ou qui le devient après un coït infectant avorte souvent pendant cette période, c'est-à-dire entre trois et six mois de sa gestation.

Tels sont les symptômes de la maladie pendant cette seconde période, qui peut-être fort longue, car elle peut durer depuis un ou deux mois jusqu'à six, huit mois, un an et plus.

Ajoutons que pendant sa durée, il est ordinaire de remarquer des alternatives de mieux et d'aggravation, desquelles il est difficile de rien conclure relativement au pronostic, que pendant son cours peuvent survenir diverses complications, parmi lesquelles on a signalé des mammites se terminant souvent par la formation d'abcès, des orchites, des ophthalmies plus ou moins graves, des abcès dans diverses régions du corps, du jetage nasal, des engorgements ganglionnaires dans la région inguinale, etc., et même la morve, ce qui je l'avoue, me paraît très-douteux.

3e *degré.* — Tous les symptômes s'aggravent peu à peu, la nutrition s'altère de plus en plus, la maigreur devient de l'émaciation, puis du marasme, la parésie devient paralysie véritable, l'animal se tient debout de plus en plus difficilement, le décubitus finit par être constant. Alors des excoriations, des escharcs se produisent aux points les plus saillants et qui portent le plus souvent sur le sol, des plaies suppurantes leur succèdent qui conduisent lentement le malade à la mort. Ou bien survient quelques affection intercurente, au nombre desquelles il faut citer comme la plus fréquente, une pneumonie hypostatique qui accélère la terminaison fatale.

La durée totale de la maladie est en quelque sorte indéterminée, tantôt elle parcourt rapidement toutes ses phases et se termine soit par la guérison (très-rare), soit habituel-

lement par la mort, dans l'espace de quelques mois, un à trois ; tantôt elle marche avec une grande lenteur, et dure un an dix-huit mois et même deux ans.

Telle est, d'une manière générale, la *maladie du coït* dans son expression symptomatologique ; dans une autre leçon, nous verrons, en analysant les symptômes que nous ont présentés les deux sujets que nous avons eu en observation, en quoi ces deux cas ressemblent à cette description générale et en quoi ils en diffèrent.

II.

ÉTUDE SUR LES DERMOPATHIES RHUMATISMALES OU ARTHRITIDES RHUMATISMALES, par M. le Dr Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Les relations étroites qui existent entre le rhumatisme et certaines altérations de la peau ne sauraient être niées, mais elles sont, à l'heure présente, exagérées par les uns, restreintes avec excès par les autres, mal connues ou inexactement interprétées par le plus grand nombre.

Libre de toute attache doctrinale, recherchant simplement quelle est la somme de vérités à laquelle on peut atteindre sur ce sujet dans l'état actuel de la science, j'ai résumé dans les lignes suivantes le résultat d'une observation étendue et déjà assez ancienne.

Puisse-t-il se trouver parmi mes lecteurs bienveillants quelque médecin que ces études intéressent ; puisse cette publication provoquer quelques communications nouvelles sur un sujet d'un grand intérêt pratique et doctrinal.

I

DERMOPATHIES DU RHUMATISME ARTICULAIRE

§ 1er. — *Dermopathies du rhumatisme articulaire aigu.*

Indépendamment des éruptions *hyperthermiques* du rhumatisme articulaire aigu (*sudamina* et *miliaire*) qui n'ont rien de spécifique ni de spécial à cette affection, et que l'on décrit à tort parmi les dermopathies rhumatismales proprement dites ; indépendamment des rougeurs congestives

périarticulaires (*roséole rhumatismale*) qui ne sont pas des efflorescences cutanées propres, mais des phénomènes de voisinage liés à la périarthrite rhumatismale, ou bien encore des taches bleues (*taches ombrées, macules cyaniques déprimées*) qui appartiennent à certaines formes anomales compliquées ou ataxiques (rhumatisme cérébrospinal), on peut observer au début, au cours, ou à la terminaison du rhumatisme articulaire aigu, de véritables *éruptions cutanées*, et cela assez fréquemment et assez uniformément pour qu'il soit impossible de nier le rapport qui unit les *localisations* cutanées aux *localisations* articulaires et viscérales.

A toutes les époques, les grands observateurs ont été frappés de ces coïncidences remarquables qu'ils ont interprétées au gré de leurs opinions théoriques, dont ils ont souvent aussi, il faut le dire, exagéré la fréquence ou la signification, justifiant ainsi l'exagération inverse des opposants, et ne parvenant jamais à faire comprendre et admettre les faits à leur juste valeur par la généralité des praticiens.

Si l'on veut aujourd'hui reprendre cette question en sous-œuvre, on ne peut le faire utilement qu'à la condition de supprimer toute cause d'ambiguïté en *divisant* nettement le sujet, en limitant d'abord l'argumentation à certaines formes *spécifiées* de rhumatisme et en ne perdant jamais de vue la signification des faits. C'est pour cela que nous traitons d'abord des *éruptions cutanées* qui sont en rapport avec la réalisation la plus positive et la plus manifeste du rhumatisme, le *rhumatisme articulaire aigu*.

I. — Les éruptions cutanées du rhumatisme articulaire aigu ont été constatées dès les premiers temps de la médecine, et les auteurs qui en traitent ne manquent pas de rappeler qu'Hippocrate et Galien les ont signalées plus ou moins explicitement ; mais il est inutile d'ajouter que

leur description a toujours été confondue avec celle des éruptions arthritiques de tout ordre et plus ou moins légitimement dénommées ainsi. Presque universellement considérées comme *le résultat* d'une excrétion critique par la peau, elles ont parfois acquis tant d'importance aux yeux des observateurs qu'ils en ont déduit la conception de rhumatismes spéciaux : rhumatisme pourpré, rhumatisme miliaire, rhumatisme érysipélateux, etc. ; la disparition de l'éruption était généralement considérée comme de mauvais augure et devait être suivie d'une exacerbation violente des manifestations articulaires : aussi était-il important de la respecter et même d'en favoriser le développement.

Dès le commencement de ce siècle, toutefois, on peut voir, à la faveur des progrès accomplis dans la détermination des lésions cutanées élémentaires, survenir une clarté inconnue jusqu'alors dans ce sujet, et l'on ne trouvera plus les mots de *purpura*, d'*érysipèle*, etc., appliqués à des efflorescences qui ne représentent en aucune façon ce que l'on entend aujourd'hui par ces désignations. Haygarth (1813) commence à entrevoir nettement les éruptions cutanées proprement dites de notre rhumatisme articulaire aigu ; et, plus éclairé que bon nombre d'observateurs actuels, il ne fait pas de la miliaire un exanthème propre du rhumatisme, mais, simplement, ce qu'elle est : une efflorescence sudorale (*a symptom produced by profuse sweats*).

C'est dans le *Traité des maladies de la peau* de Rayer (1833) que nous trouvons, au *chapitre des inflammations exanthémateuses*, et sous la dénomination d'*éruption érythémateuse roséolée, fugace,* une des premières observations d'efflorescence cutanée propre à un rhumatisme articulaire aigu vrai. La dénomination défectueuse « d'éruption roséolée » employée par Rayer, ne doit être entendue que sous le rapport de sa *couleur*, mais elle correspond très-exactement à l'une des formes les plus précises et que

l'on désigne aujourd'hui sous les noms d'*érythème* discoïde, marginé, centrifuge, etc.; au seizième jour d'un rhumatisme articulaire aigu intense (correspondant à la variété étiologique que je désigne sous le nom de rhumatisme de fatigue ou de surmenage), Rayer vit apparaître une éruption sur la partie antérieure de la poitrine, à l'abdomen et à la région lombaire. « A la poitrine, quatre ou cinq plaques arrondies, bien circonscrites, de un à deux pouces de diamètre, d'un rose pâle, ne disparaissant pas complétement sous la pression du doigt ; le centre de quelques plaques semble déprimé. Sur l'abdomen existe une zone rougeâtre, festonnée, ondulée, qui s'étend obliquement de l'hypocondre gauche aux environs de l'épine iliaque antérieure et supérieure; sa partie inférieure est nettement limitée par un limbe blanchâtre semblable à celui des plaques de la poitrine. Il n'en est pas de même de la partie supérieure, dont la couleur rosée diminue insensiblement et se fond dans la peau saine; les festons de la partie inférieure sont d'une largeur inégale ; la partie supérieure de la région lombaire offre quatre plaques semblables à celles de la poitrine ; le reste du corps n'en offre point. La malade n'éprouve ni chaleur, ni prurit, ni douleur, dans les parties qui sont le siége de l'éruption, ce qui la distingue suffisamment de l'urticaire. » Quatre jours après, en même temps que survenait une avant-dernière exacerbation articulaire, l'éruption commençait à s'affaisser sur la poitrine. J'ai tenu à rapporter textuellement cette description, car elle est d'une précision et d'une exactitude que l'on ne saurait surpasser, et le lecteur qui l'aura parcourue aura déjà notion d'une des formes les plus remarquables de l'érythème du rhumatisme articulaire aigu. Quelques pages plus loin, Rayer complète l'exposé de son observation sur les éruptions du rhumatisme articulaire aigu en disant (p. 250) : « Dans les rhumatismes accompagnés d'éruptions (*fièvres rhumatis-*

males éruptives), j'ai observé presque aussi souvent des élevures *ortiées* que des taches *érythémateuses* ou roséolées. »

II. — Les éruptions cutanées du rhumatisme articulaire aigu, sans être très-communes, sont *moins rares* que ne le pense la généralité des médecins ; plusieurs d'entre elles, peu accentuées, échappent à l'attention (l'érythème papuleux périarticulaire *initial* dans certains cas, par exemple) ; quelques-unes sont méconnues, ou regardées à tort comme des « coïncidences » ou des « complications » accidentelles. Mais je déclare qu'il est tout à fait impossible de représenter leur degré de fréquence par des chiffres, tant les notions générales des médecins sur ces questions sont imparfaites ou erronées, tant les observations sont insuffisantes. C'est une enquête à refaire entièrement.

Envisagées dans leurs *caractères génériques* les plus communs et les plus étendus, les éruptions cutanées du rhumatisme articulaire aigu affectent essentiellement le *type érythémateux* sous toutes les formes observées, constituant cette série très-naturelle d'hypérémies cutanées aiguës, fluxionnaires, hémorrhagiques parfois, qu'Hebra a désignées très-heureusement par le terme commun d'*érythème polymorphe* ou *multiforme*, et qui comprend la plupart des arthritides pseudo-exanthématiques de Bazin : Érythème scarlatiniforme (roséole rhumatique de Bateman et des anciens auteurs), généralisé ou partiel ; érythème simple, papuleux, tuberculeux, noueux, œdémateux, marginé, circinné, discoïde, annulaire ; urticaire vraie, et érythème ortié ; érythème vésiculeux et parfois même bulleux ; érythème hémorrhagique, purpurique, en taches, en plaques, en anneaux, etc., purpura dans toutes ses formes ; accessoirement : érysipèle, herpès, zona.

Le plus ordinairement cutanées, à proprement parler, ces éruptions peuvent aussi se montrer sur les *muqueuses*,

et notamment sur la muqueuse buccale et sur la muqueuse oculaire : stomatite érythémateuse, papuleuse, papulo-vésiculeuse, exceptionnellement bulleuse, etc. ; conjonctivites œdémateuse, papuleuse, phlycténiculaire ; très-rarement kératites ; ecchymoses sous-conjonctivales ; plaques palpébrales érythémateuses, œdémateuses, hémorrhagiques, herpétiques, pseudo-érysipélateuses.

Tantôt *isolées,* ou n'affectant qu'un seul type *général,* ces éruptions peuvent être de types *divers,* se *succédant* les uns aux autres et même *coexistant* fréquemment ; érythème marginé sur le tronc, papuleux sur le dos des mains, poussées d'urticaire généralisée nocturne, taches purpuriques sur les membres inférieurs, herpès ou érysipèle intercurrents de la face, etc., tout cela peut s'observer presque concurremment sur un même arthropathique, attestant ainsi non-seulement la communauté de nature de ces diverses efflorescences, mais encore le rôle joué par la prédisposition individuelle toujours importante ; car les manifestations cutanées du rhumatisme articulaire aigu, bien que moins rares qu'on ne le suppose peut-être généralement, n'en constituent pas moins, en fait, un accident relativement *rare,* eu égard à l'extrême fréquence de l'affection principale. Dans un bon nombre de cas leur apparition est spontanée ; dans d'autres, sur lesquels nous attirons l'attention, et qui n'ont pas été (à notre connaissance) signalés, leur développement est favorisé par l'action de quelques substances médicamenteuses, telles que l'iodure de potassium, la vératrine, mais surtout le *sulfate de quinine,* qui peuvent donner lieu à diverses variétés d'affections érythémateuses, ortiées ou purpuriques.

Variables de *fréquence* selon les époques, les séries pathologiques, les modalités épidémiologiques ou les constitutions saisonnières, les éruptions du rhumatisme articulaire aigu ne sont pas en relation directe ni démontrée avec cer-

tains types déterminés de l'affection ; on les peut rencontrer, en effet, dans les cas légers et dans les cas graves, dans des rhumatismes prolongés, ou, au contraire, abortifs. C'est là un point qui réclame de nouvelles investigations.

L'époque de leur apparition n'a rien de fixe ni de déterminé : tantôt *précoces* ou développées dès les premiers moments de la maladie constituée, elles peuvent apparaître *dans le cours* de l'affection seulement, ou même ne se manifester que dans ses périodes avancées, exceptionnellement dans son *décours* et jusque dans sa *convalescence*. Parfois éphémères et fugaces, on les voit, dans d'autres circonstances, se développer par poussées successives, alternant avec les paroxysmes articulaires, ou coïncidant avec eux, et évoluant dans les formes hyperthermiques avec les sudamina, la miliaire et les taches cyaniques. Dans les cas rares où elles sont intenses, en même temps que les arthropathies et les lésions viscérales sont graves ou multipliées, elles ne paraissent pas sans rapport dans leurs oscillations avec les variations de la température.

Souvent *indolentes* en elles-mêmes, les éruptions du rhumatisme articulaire aigu sont parfois douloureuses spontanément (élancements), fréquemment douloureuses à *la pression* ou au toucher, dans tous les cas surtout où l'érythème forme des nodosités ou des plaques ; *prurigineuses* dans quelques-uns de ceux-là et dans les plaques ortiées. Très-généralement il existe à leur niveau un peu d'œdème, de l'*hyperesthésie*, même dans les formes hémorrhagiques. Plusieurs de ces particularités ont été étudiées avec beaucoup de soin et précisées sous mes yeux par Henri Rendu, qui a fait dans mon service une étude très-approfondie des altérations de la sensibilité cutanée dans les dermopathies (Voy. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, de Doyon, t. V, p. 412 et suiv. ; et t. VI,

p. V et suiv.). Chez un de mes malades, atteint de rhumatisme articulaire aigu accompagné de purpura simple symétrique, étudiant avec soin un groupe de purpura préaxillaire, nous constations ensemble, au milieu d'une région légèrement mais manifestement œdémateuse, un petit aggloméral de taches ponctuées, rougeâtres, ne disparaissant pas sous le doigt, constituées par du sang extravasé et infiltré. A ce niveau la peau offrait une sensibilité exquise, une exagération excessive de toutes les sensibilités; le frôlement d'une pointe d'épingle comme le contact d'une cuiller était très-pénible; la zone hypéresthésique s'étendait à cinq ou six centimètres autour de la plaque de purpura, et se propageait un peu le long de la face interne du bras.

Sauf dans les cas exceptionnels où l'érythème, simple ou hémorrhagique devient vésiculeux, les lésions disparaissent par résorption simple, mais sont suivies, assez fréquemment de *desquamation* parfois assez intense (érythème papuleux, scarlatiniforme, etc.).

Variables de *siége* et *d'étendue*, les éruptions rhumatismales peuvent être très-généralisées ou localisées, souvent symétriques, et attestant ainsi leur mode pathogénique; on les rencontre sur toutes les parties du corps, sans connexion nécessaire ni constante avec les parties articulaires, sauf cependant pour les groupes *papuleux* que l'on rencontre bien nettement localisés parfois au dos des mains, aux doigts, aux poignets, aux coudes ou aux genoux. Les placards d'érythème marginé se trouveront surtout sur le tronc, à la face et à la nuque, sur les membres, et aussi les contours de l'érythème festonné; l'herpès et l'érysipèle à la face; le purpura au devant des aisselles et aux membres inférieurs; les nodosités et les plaques aux membres inférieurs notamment, et au devant du tibia, où elles simulent des périostoses et des périostites.

a) *Erythème.* — La *forme* la plus habituelle de l'erythème dans le rhumatisme articulaire aigu est la forme *papuleuse*, et les formes *marginées*, en plaques discoïdes, en *lignes sinueuses festonnées*, généralement de coloration intense à la périphérie. La forme noueuse est *moins* commune dans le *rhumatisme articulaire aigu*, mais c'est elle qui peut être considérée comme le type des pseudo-exanthèmes accompagnés de manifestations rhumatoïdes ou rhumatismales, la plus commune et la plus incontestable des arthritides rhumatismales, suivant la remarque très-judicieuse de mon savant ami et collègue Siredey. L'urticaire dans ses diverses formes, localisée ou généralisée, l'érythème scarlatiniforme, quelquefois l'érythème annulaire ou discoïde hémorrhagique, avec vésicules ou phlyctènes séreuses, louches sanguinolentes, et même exceptionnellement avec eschares, viennent ensuite.

Tantôt apparaissant avant les manifestations articulaires, en même temps qu'un torticolis, une angine, etc., l'*érythème* se manifeste souvent en même temps que la fièvre rhumatismale, ou peu après. C'est presque toujours alors de l'érythème papuleux, souvent léger, et pouvant passer inaperçu ; mais ce peut être aussi toute autre des variétés que nous avons indiquées : un érythème scarlatiniforme, morbilliforme, ou même un *rash* n'étant pas sans analogie avec l'érythème prévariolique ; ces derniers généralement les plus précoces, les plus éphémères et les plus fugaces. L'intérêt qui s'attache à leur constatation est alors assez grand, car l'existence de cette localisation cutanée, surtout à la suite d'un refroidissement et quand elle coïncide avec une angine, un torticolis ou une névralgie, dans le cas où il s'agit d'un sujet rhumatisant, peut faire soupçonner le début prochain des arthropathies.

L'*érythème* rhumatismal uniforme ou polymorphe, érythème diffus, maginé, papuleux, etc., s'observe dans un

certain nombre de cas graves de rhumatisme articulaire aigu concurremment avec les cardiopathies, l'hyperpyrexie, les sueurs profuses, et les éruptions sudorales, parfois même avec les diverses formes de l'encéphalopathie rhumatismale. Mais on le rencontre plus fréquemment encore en dehors de ces circonstances : avec des cas légers, abortifs, avec des arthropathies tellement fugaces que leur caractère rhumatismal reste contesté, ou même encore comme nous le verrons plus loin absolument en dehors de toute espèce de localisation articulaire, alors même que l'on constate en même temps le rhumatisme *viscéral* aigu le plus incontestable.

b) L'*urticaire*, qui est si commune chez les arthritiques de toute catégorie, et qui apparaît si manifestement parfois dans ses formes œdémateuses et suraiguës sous l'influence du froid et du refroidissement, peut se montrer, et c'est là un des points pratiques les plus intéressants, comme première étape de l'attaque rhumatismale, à la manière de l'angine, du torticolis, de la névralgie, etc. Lorsqu'elle se manifeste à la suite d'un refroidissement concurremment avec quelque rhumatalgie, et qu'elle accompagne un état fébrile manifeste, l'attention doit être éveillée sur la possibilité d'un rhumatisme articulaire aigu qui ne tardera pas à se démasquer, et qui pourra être d'une grande intensité.

c) Sauf quelques circonstances tout à fait exceptionnelles, le *purpura* du rhumatisme articulaire aigu franc est un *purpura simplex* de forme exanthématique, un *pseudo-exanthème purpurique*, plutôt qu'un pourpre hémorrhagique proprement dit ou cachectique. Il peut apparaître à toutes les périodes du rhumatisme articulaire, plus souvent à son déclin ; au voisinage ou au loin des articulations, le plus ordinairement aux jambes, à la partie interne des cuisses, aux avant-bras, aux poignets. Il coïncide si

fréquemment avec des cas légers, que l'arthrorhumatisme vrai y est souvent contestable, et que l'observation intitulée « rhumatisme avec purpura » gagnerait souvent en vérité à être appelée : Purpura avec rhumatisme, ou avec arthropathies. Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une affection dont l'*hémorrhagie* fasse partie intégrante, et qui compte au nombre de ses formes proprement dites une espèce véritable que l'on puisse désigner sous le nom de *rhumatisme articulaire aigu hémorrhagique.* Le *rhumatisme scorbutique* des anciens, le *rhumatisme hémorrhagique* des modernes correspondent non pas aux formes proprement dites du rhumatisme vrai, mais à des formes bâtardes ou secondaires du *scorbut,* de l'*hémorrhaphilie congéniale* ou *accidentelle, bénigne* ou *maligne,* dans lesquelles les arthropathies n'affectent ni dans leur durée, ni dans leur évolution, ni dans leurs lésions, les caractères du rhumatisme proprement dit des articulations. Les phénomènes scorbutiques ou hémorrhagiques, ou exanthémato-hémorrhagiques préludent dans presque tous les cas, avec la fièvre, aux arthropathies, quelquefois il est vrai, graves et prolongées, mais souvent aussi d'une fugacité toute exceptionnelle.

d) L'*érysipèle,* dont les relations avec le rhumatisme en général ont été maintes fois constatées, qui se relie également aux formes chroniques (Charcot), peut aussi apparaître dans le rhumatisme articulaire aigu (*Voy.* notamment Perroud, *De l'érysipèle rhumatismal.* In *Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* t. V, p. 161 et suiv.). Comme toutes les autres manifestations cutanées de cet ordre, il peut précéder la localisation articulaire manifeste, naître de la propagation d'une localisation muqueuse (angine ou coryza), ou être un phénomène de la dernière heure. Parmi les caractères objectifs propres, Perroud signale une rougeur très-modérée, un gonflement médiocre, une rapidité particulière

d'évolution locale et d'ambulation, une mobilité remarquable, et une allure paroxystique, peu d'engorgement ganglionnaire, et les oscillations alternantes propres aux manifestations diverses du rhumatisme. C'est, en réalité, ajouterons-nous, au moins en ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu, une sorte de pseudo-érysipèle, de lymphangite érythémateuse qui rentre, en définitive, dans le groupe général des fluxions cutanées du rhumatisme. Très-exceptionnellement l'érysipèle (douteux encore dans sa nature (*Voy.* Obs. VI de la Thèse de Ferrand) peut constituer dans le rhumatisme articulaire un phénomène ultime ou une complication rare, à la manière de quelques autres accidents, tels qu'une parotide.

Les éruptions cutanées du rhumatisme articulaire aigu appartiennent tantôt à des cas d'une grande gravité, tantôt à des cas bénins ; dans les premiers, la dermatose ne paraît pas jouer un rôle important dans l'évolution morbide ; dans les seconds, elle ne nous a pas semblé pouvoir être davantage considérée comme cause de la bénignité de la maladie. Tout ce qui regarde ce point particulier, cependant, n'est pas élucidé et ne le peut être que si l'on consent à remplacer les propositions et les assertions par des démonstrations basées sur l'étude attentive d'une série de faits, et non sur un fait en particulier. Il faut se rappeler que si l'érythème scarlatiniforme par exemple, est le plus habituellement le satellite ou, si l'on veut, l'accompagnement d'un rhumatisme bénin, on le voit dans quelques observations précéder de peu l'apparition d'accidents funestes; que si l'on observe parfois une alternance manifeste entre les paroxysmes articulaires et cutanés, l'action réciproque est en d'autres cas parfaitement nulle. Et, d'autre part, tout en observant attentivement les rapports qui interviennent ou peuvent intervenir entre les localisations cutanées et articulaires, il ne faut pas oublier que les unes et les

autres ne sont, en définitive, que des localisations de l'affection qui les domine et les tient les unes et les autres sous sa dépendance.

§ II. — *Dermopathies du rhumatisme articulaire chronique.*

Les relations qui s'établissent entre le *rhumatisme articulaire chronique* et les dermatoses ne sont pas moins positives que celles qui relient celles-ci au rhumatisme articulaire aigu. Toutefois ce serait *devancer* l'épreuve des faits que de vouloir tracer dès aujourd'hui les limites exactes des rapports à intervenir; les *caractères spécifiques* des éruptions indiquées dans les diverses observations publiées de rhumatisme chronique ne sont pas donnés par les auteurs avec assez de précision pour que l'on soit autorisé, *ipso facto*, à déclarer ces éruptions vraiment rhumatismales.

L'*érysipèle*, par exemple, est signalé comme fréquent, dans le « *rhumatisme noueux* », mais il ne faut pas oublier que la plupart des observations sur lesquelles est basée cette assertion sont recueillies *à l'hôpital*, et que l'érysipèle est une affection essentiellement *nosocomiale*.

Garrod, dans sa dernière édition, 1876, s'arrête avec insistance sur les affections de la peau qu'il a rencontrées *fréquemment* en connexion avec « l'arthrite rhumatoïde » et il indique particulièrement le *psoriasis*, le *prurigo*, et l'*eczéma ;* ces diverses affections précédant, suivant les localisations, ou plutôt alternant avec les exacerbations locales. Je ne le conteste pas : je déclare seulement que sur le nombre extrêmement considérable de cas de psoriasis, de prurigo ou d'eczéma que je vois chaque année à l'hôpital Saint-Louis, et dans lesquels je recherche avec ardeur les coïncidences ou les connexions de tout ordre, je n'ai ob-

servé que très-rarement la *coïncidence* du rhumatisme osseux avec l'une ou l'autre de ces dermatoses, si ce n'est des formes les plus légères et les plus frustes, et notamment du rhumatisme des phalanges. Cela ne veut pas dire que les malades atteints de ces affections cutanées ne soient pas fréquemment arthritiques, mais les formes articulaires profondes sont celles que l'on rencontre le moins communément chez eux, ce qui s'explique d'ailleurs aisément par leur minorité, relative au nombre infiniment plus considérable des sujets atteints des autres manifestations articulaires ou abarticulaires du rhumatisme.

Si l'on veut faire progresser cette question, il ne faut pas se borner simplement à signaler les coïncidences, mais spécifier la forme de rhumatisme et les caractères précis de la dermatose que l'on observe, sous peine de reculer indéfiniment la solution d'un problème dont aucun terme ne doit être négligé ; car deux affections peuvent coexister ou coïncider chez un même sujet, sans avoir la même *nature*, laquelle ne doit jamais être affirmée sur une seule particularité, mais sur la réunion de tous ses caractères. J'observe, en ce moment même, par exemple, un sujet atteint de rhumatisme d'Heberden, entré dans mes salles à l'hôpital Saint-Louis pour un psoriasis, et je n'hésite pas à rattacher les deux affections au rhumatisme, parce que le psoriasis affecte la forme de placards nummulaires de *coloration intense*, extrêmement *localisés* (au sternum et à la région sacrée), et très-peu desquamants, caractère que Bazin a très-justement attachés au psoriasis le plus habituel chez les arthritiques, en opposition avec ceux du psoriasis des herpétiques, ou mieux du psoriasis en général, qui affecte les genoux, les coudes, et est très-remarquable par l'abondance des squames argentées, etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi : en ce moment même (juillet 1876), je viens de montrer, dans une de mes leçons cliniques, un malade atteint

de rhumatisme chronique osseux, en voie d'évolution aux extrémités inférieures, qui présente en même temps un psoriasis *généralisé, très-abondant même aux genoux et aux coudes, remarquable par le caractère argenté des squames, et l'abondance de l'exfoliation*, etc., tous caractères essentiellement propres, dans la nosographie très-exacte de Bazin, au psoriasis des sujets dartreux ou pour parler plus en rapport avec notre ignorance au sujet de la dartre, au psoriasis commun des sujets *non*-rhumatisants. Que les observateurs veuillent bien sortir des généralités, et préciser les caractères des dermopathies coïncidentes qu'ils observent ce qu'on peut faire en peu de mots ; ceux qui n'ont pas acquis la conviction qu'il y a réellement des dermatoses de *nature* différente, ne sauraient, du moins, se soustraire à l'obligation de dépeindre la dermopathie qu'ils observent en des termes assez précis pour ne laisser aucune prise au doute.

(*A suivre.*)

III.

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite.)

SECTION II.

MYOPATHIES GOMMEUSES TARDIVES.

Malheureusement il n'en est pas ainsi de toutes les gommes musculaires. Il y en a beaucoup, en effet, qui ne sont plus de simples nodosités, mais des tumeurs très-volumineuses qui envahissent et compriment la plus grande partie du muscle. Au lieu de se résoudre, elles se liquéfient, forment de vastes collections qui, après s'être ouvertes, se convertissent en des ulcérations larges et profondes, très-difficiles et très-longues à guérir.

Les grosses tumeurs gommeuses des muscles restent rarement limitées à l'organe qu'elles ont envahi; elles poussent çà et là des irradiations qui altèrent leur forme primitive; elles développent autour d'elles de l'œdème par compression, de l'ischémie veineuse ou artérielle, des douleurs nerveuses, des phénomènes inflammatoires consécutifs, etc. En un mot, leur processus peut se compliquer d'un grand nombre d'accidents qui les déforment et modifient leur physionomie au point de les rendre méconnaissables et de les faire prendre pour de tout autres tumeurs que des tumeurs syphilitiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Topographie des myômes syphilitiques. Leur siége. Exemples cliniques.

De la symétrie et de l'asymétrie des productions tertiaires en général, et en particulier des myômes syphilitiques.

Dimension des myômes syphilitiques; leur tendance à envahir les extrémités des muscles.

Processus anatomo-pathologique à trois degrés : ramollissement et ulcération des myômes syphilitiques; leurs transformations scléreuse, cartilagineuse et osseuse.

Analyse microscopique des myômes syphilitiques. — Stade cellulaire : petites cellules; leur régression. — Stade de granulations, ramollissement. — Leur analogie avec le sarcome et les fibroïdes.

Étudions d'abord leur anatomie pathologique. Leur distribution topographique est un peu capricieuse et n'est soumise à aucune règle précise. « Le lieu dans lequel se manifestent les tumeurs musculaires syphilitiques, dit M. le professeur Bouisson, qui a publié sur elles un excellent mémoire (1), est très-variable, et, selon toute probabilité, aucun muscle n'est à l'abri de ce genre d'affection; pas plus qu'aucun os n'est à l'abri d'exostoses. Jusqu'à ce jour, j'ai observé des tumeurs syphilitiques dans le grand fessier, le trapèze, les sterno-mastoïdiens, le vaste interne et quelques autres muscles du membre inférieur. J'ai vu également une tumeur de même nature dans l'épaisseur du muscle grand pectoral chez un homme qui avait en même temps une périchondrite syphilitique des cartilages cos-

(1) Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes*, p. 15.

taux... » Vidal a cité une observation de tumeur syphilitique du droit antérieur de la cuisse; Melchior Robert, du biceps brachial; Zambacco, une semblable qui englobait le nerf cubital et avait déterminé une rétraction et un engourdissement du membre, en même temps qu'une paralysie incomplète des deux derniers doigts.

Il est bien entendu, messieurs, que je parle seulement des myopathies qui affectent les muscles de la vie de relation. Je me réserve de vous faire plus tard l'histoire des myopathies internes ou viscérales.

D'après Virchow, les gommes musculaires se développent avec une fréquence beaucoup plus grande dans les muscles longs que dans les autres, et elles envahissent surtout les extrémités par lesquels ils s'insèrent aux os. Il pense que ces deux particularités peuvent éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

I.

A propos du siége qu'elles occupent, je puis vous donner maintenant quelques exemples cliniques de ces productions morbides.

1. — Un boulanger, âgé de 26 ans, contracta, en 1841, un chancre infectant suivi d'accidents constitutionnels de moyenne intensité qui se reproduisirent, à diverses reprises, jusqu'en 1846, bien que toujours traités par des préparations hydrargyriques. En 1847 (sixième année de la syphilis), ce malade éprouva dans le bras droit des douleurs qui augmentaient la nuit, et il s'aperçut, 15 jours après, d'une raideur inaccoutumée dans ce membre. Depuis lors, l'avant-bras s'est fléchi graduellement sur le bras, sans qu'aucune force ait pu l'en empêcher. Contracture très-prononcée du biceps. On sentait au point de jonction des

parties charnues et tendineuses, tout près de l'attache inférieure du muscle sur le tendon, une corde, un épaississement fusiforme très-volumineux empiétant à la fois sur le muscle et sur le tendon. L'angle formé par le pli du coude, l'avant-bras étendu autant que possible, était de 140°. On administra de l'iodure de potassium, et on fit envelopper le bras et l'avant-bras de bandelettes d'emplâtre de Vigo *cum mercurio.* Au bout d'un mois, le malade était à peu près complétement guéri.

Cette observation que je viens de résumer est rapportée tout au long dans le livre de Melchior Robert (1), sur les maladies vénériennes. C'est lui qui l'a recueillie. Elle est d'un grand intérêt pour nous, parce qu'elle présente tout à la fois le caractère des myopathies fonctionnelles, par la contracture du biceps, et celui des myopathies gommeuses par la présence de la tumeur fusiforme qui occupait simultanément l'extrémité inférieure du biceps et son tendon. Ne vous ai-je pas dit souvent que le point d'insertion des fibres musculaires sur leurs tendons était un des endroits sur lesquels s'établissait avec prédilection le travail syphilitique?

2. — Deux ans après un chancre syphilitique, suivi d accidents peu graves, un commis marchand, âgé de 26 ans, tomba dans la consomption : douleurs dans l'extrémité inférieure droite, marche difficile, grande faiblesse corporelle et intellectuelle, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, rétention d'urine avec catarrhe, fièvre. Cinq ou six mois après le début de ces accidents, mort.

« A l'autopsie, pachyméningite hémorrhagique sur le rocher gauche, dans la fosse crânienne moyenne

(1) Melchior Robert, *Traité des mal. vénér.*, p. 618.

légère rougeur hémorrhagique de la pie-mère. Foyers de ramollissement dans le noyau lenticulaire et la couche optique gauche, avec tumeurs gommeuses, petites, irrégulières, d'un blanc verdâtre.

A l'insertion du muscle trapèze gauche à la clavicule, se trouve une tumeur de 1 pouce 3/4 d'épaisseur, très-dense, colorée par places en gris rougeâtre, en blanc pur ou en blanc verdâtre; à l'intérieur on distingue encore bien les fibres. L'examen microscopique montre des granulations fines très-compactes, avec métamorphose graisseuse et épaississement caséeux dans les endroits jaune blanchâtre. Les ganglions inguinaux sont indurés; le muscle droit de l'abdomen présente, dans certaines parties, des épanchements hémorrhagiques et de la suppuration. Rien de particulier dans la moelle épinière (1). »

La tumeur gommeuse du trapèze siégeait ici près de la clavicule. Le point d'insertion des muscles sur les os est encore un lieu de préférence pour ces productions morbides. Celle-ci a coïncidé avec une encéphalopathie syphilitique interstitielle, gommeuse et pachyméningitique des plus graves, qui a entraîné la mort deux ans après l'accident primitif.

II.

Quelques syphiliographes anglais, et, en particulier, M. Hutchinson, ont attribué dans ces derniers temps une signification d'une haute portée à la *symétrie* ou à l'*asymétrie* des manifestations syphilitiques. D'après eux, toutes celles qui appartiennent à la période secondaire ou virulente de la maladie sont symétriques, tandis que l'absence de symé-

(1) Résumé d'une observation rapportée par Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 432.

trie constitue un des caractères les plus remarquables et les plus constants des accidents tertiaires. Je ne dirai pas que cette opinion est toute de fantaisie, mais elle est entachée d'une telle exagération qu'elle ne peut fournir aucun caractère distinctif fondamental entre les lésions des deux ordres, et encore moins servir de base à une théorie pathogénique. Certes, s'il y a un accident tertiaire et constitutionnel, c'est la tumeur gommeuse. Eh bien, qui n'a vu des tumeurs gommeuses se développer avec une sorte de symétrie sur les deux côtés du corps? Pour ma part, j'en ai observé, et j'en citerai des exemples en temps et lieu. C'étaient des gommes du tissu cellulaire, du périoste, des ganglions. etc. Celles des muscles ne font pas exception. Le fait suivant en est un exemple :

3. — Un homme âgé de 55 ans, dont la santé avait été détériorée par des privations et par un catarrhe grave de la vessie, contracta un chancre infectant qui fut suivi d'une éruption syphilitique sur le cuir chevelu, d'une ulcération considérable au voile du palais et de douleurs ostéocopes. Ces accidents se succédaient depuis plusieurs années, et persistaient encore lorsque le malade entra dans le service de M. Bouisson, à l'hôpital général de Montpellier. On lui fit subir un traitement mercuriel, mais la pharyngopathie s'aggrava, et, quelques mois après, une partie du voile fut détruite, la luette tomba et il survint une laryngopathie ulcéreuse, etc.

C'est vers cette époque que le malade s'aperçut pour la première fois d'une tumeur sur la partie antérieure du cou. Les douleurs ostéocopes étaient revenues.

« La partie la plus volumineuse de cette tumeur correspondait à la poignée du sternum, au niveau de l'insertion des muscles sterno-mastoïdiens ; elle avait dans ce point le volume d'une orange, et paraissait un peu bilobée, chaque lobe correspondant lui-même à l'extrémité inférieure des

muscles désignés. L'extrémité supérieure de chaque lobe se prolongeait dans la direction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à peu près jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Le muscle était triplé de volume de chaque côté et faisait, par conséquent, un relief considérable. L'ensemble de la tumeur présentait une sorte de corde demi-elliptique, renflée au point de jonction qui correspondait au sternum. Cette tumeur était d'une dureté remarquable, surtout au niveau de son prolongement le long du cou ; elle n'offrait au reste aucune trace de fluctuation ni de disposition lobulée de densité inégale. Aucun battement ne s'y faisait sentir et la peau qui la recouvrait ne présentait ni adhérence ni coloration anormale. La portion libre des sterno-mastoïdiens était seule contractile, mais une raideur complète empêchait la contraction de la moitié inférieure de ces muscles, et cette disposition gênait les mouvements du cou, particulièrement ceux de flexion. Au reste il y avait peu de sensibilité à la pression, et la douleur spontanée qui s'y manifestait n'était ni pulsative, comme dans les douleurs inflammatoires, ni lancinante comme dans le cancer. C'était une douleur sourde et continue comme celle que la syphilis détermine dans la périostose et s'exaspérant dans la nuit et les temps humides. » L'iodure de potassium ne fut donné qu'à la dose moyenne de 60 à 75 centigrammes par jour. Néanmoins, dès le vingtième jour, la tumeur avait diminué de moitié. Un mois après, disparition complète de la portion sternale ; plus tard, guérison complète (1).

(1) Résumé d'une observation de M. le professeur Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes*, p. 4-6.

Le Dr Siry a publié une observation de *tumeurs syphilitiques des muscles sterno-mastoïdiens*, qui présente une grande analogie avec celle de M. le professeur Bouisson.

La malade, âgée de 32 ans, avait probablement contracté la syphilis

Ne trouvez-vous pas que cette observation est un type

à l'âge de 17 ans, dans les premiers mois de son mariage, puisqu'elle eut à cette époque des éruptions sans prurit sur les seins et à la partie interne des grandes lèvres, et qu'elle accoucha d'un premier enfant mort-né à huit mois, puis d'un second qui ne vécut que six semaines et d'un troisième qui, après avoir commencé à dépérir vers son 70e jour, mourut à l'âge de 16 mois. Plus tard, elle eut trois enfants dont la santé fut toujours bonne.

Cette dame se porta bien jusqu'à l'âge de 31 ans environ, c'est-à-dire jusqu'à la 13e ou 14e année de sa syphilis, en admettant qu'elle l'eût contractée à l'époque précédemment indiquée. C'est alors qu'après avoir eu des rougeurs violacées dans la région sous-claviculaire gauche pendant 7 mois, le tiers supérieur de la région sternale se tuméfia peu à peu, puis les deux sterno-mastoïdiens se prirent et furent transformés, dans presque toute leur totalité, en deux *cordons durs* qui reproduisaient la forme et le volume du muscle. Un an après le début des accidents, une petite ulcération se montra sur le sterno-mastoïdien droit.

« Le haut de la région sternale est dans une étendue de 6 à 7 centimètres, bombée, d'une résistance un peu élastique à la pression et sans changement de couleur du tégument. Sur la partie inférieure du sterno-mastoïdien gauche, la peau est violacée, un peu amincie et adhérente aux organes sous-jacents, dans trois points de la superficie d'un gros pois. L'ulcération du sterno-mastoïdien droit, située à 1 centimètre au-dessus de son attache inférieure, est profonde de 5 millimètres au moins et douloureuse au toucher; elle revêt une forme ovalaire dont le plus grand diamètre, parallèle à la direction du muscle, mesure 3 centimètrs. Les bords de cet ulcère sont décolorés dans une étendue d'un centimètre, très-transparents, et son fond, d'une consistance ferme et d'une coloration blanchâtre, sécrète un liquide séro-purulent. »

La malade, traitée par l'iodure de potassium, fut guérie au bout de trois mois.

Evidemment cette lésion était syphilitique. La maladie constitutionnelle ignorée ou méconnue jusqu'alors avait évolué librement. Après des débuts obscurs qui remontaient à 14 ans, elle produisait une affection syphilitique de la partie supérieure du sternum et des muscles mastoïdiens, et cette affection était à peu près exactement symétrique dans les deux muscles (*Progrès médical*, année 1875, p. 242.)

remarquable de tumeurs gommeuses et qu'elle résume presque tous les caractères des myopathies analogues? La filiation des accidents constitutionnels est facile à suivre. La nature de la production morbide, malgré les difficultés de diagnostic que présente la région du cou, était évidente dès les premiers jours; mais, eût-elle été incertaine, que l'action merveilleuse de l'iodure de potassium aurait suffi pour lever tous les doutes. Vous voyez que cette tumeur était symétrique et développée d'un côté autant que de l'autre. Dans une belle leçon sur les tumeurs syphilitiques musculaires, Nélaton faisait remarquer, en 1861, qu'une chose à noter dans leur histoire c'est qu'il était assez commun de les voir affecter, dans leur développement, comme certaines maladies constitutionnelles, une symétrie frappante. Nous sommes donc loin de l'opinion de M. Hutchinson sur l'*asymétrie* des accidents tertiaires. Souvent les exostoses sont symétriques. Beaucoup de tumeurs non syphilitiques se développent aussi d'une façon symétrique. J'ai recueilli, à l'hospice des Ménages, un cas très-curieux de lipomes qui, quoique en nombre très-considérables, présentaient tous une identité presque complète de chaque côté du corps, au point de vue du siége, du volume, etc.

III.

Les myômes syphilitiques présentent des dimensions très-variables. Ils deviennent quelquefois énormes, ainsi que le prouve le fait suivant :

4. — Chez une journalière, âgée de 53 ans, qui présentait une paralysie presque complète des extrémités inférieures, on constata, dans le service du professeur Frerichs, l'existence d'une tumeur ovale, allongée, très-compacte, assez douloureuse, placée à côté de la colonne

vertébrale. Elle s'étendait de la première vertèbre dorsale jusqu'à la huitième et écartait l'omoplate de la paroi thoracique.

Après s'être accrue au début, cette tumeur s'atrophia au point qu'on ne pouvait plus la sentir. La malade prenait de l'iodure de potassium. Elle n'en eut pas moins des eschares, de la cystite, des vomissements, des troubles de la respiration et de la parole, et elle mourut par suite de l'aggravation progressive des accidents cérébro-spinaux.

« L'autopsie démontra, outre une cicatrice à l'entrée du vagin, une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière, au point que, des deux côtés du long sillon postérieur, il ne restait qu'une traînée blanche et étroite. Les restes de la tumeur dans le long dorsal étaient très-considérables et se prolongeaient assez dans toute l'étendue qui avait été remarquée originairement. Dans de grandes portions, les fibres musculaires avaient complétement disparu; dans d'autres, on pouvait encore les reconnaître, tandis que le muscle avait été remplacé par une masse en partie d'un gris blanchâtre, en partie jaune, disposée en faisceaux continus. Les limites de cette nouvelle masse n'étaient nulle part bien nettes. Au microscope, cette masse était composée d'un tissu granuleux très-épais, à petites cellules, qui, en beaucoup d'endroits, était en pleine métamorphose graisseuse et passait rapidement à l'état de masse caséeuse granuleuse, et qui, formée en partie de tissu connectif interstitiel, en partie de tissu connectif calleux de nouvelle formation, était disposée en séries qui répondaient à la direction des faisceaux fibreux (1). »

Comme le fait remarquer le professeur Virchow, cette observation laisse beaucoup à désirer au point de vue des antécédents. Mais la composition anatomique de la tumeur,

(1) Résumé d'une observation de Virchow, *Pathologie des tumeurs*, p. 431.

et sa diminution partielle si rapide dans les derniers temps de la vie, démontrent suffisamment son origine syphilitique.

Avant d'aborder la structure des myômes syphilitiques, signalons encore quelques particularités de leur histoire. D'après Virchow, les muscles des extrémités inférieures, de la nuque et du cou y sont surtout exposés ; malgré son volume considérable, la tumeur a plutôt le caractère d'un gonflement qui se rattache à la forme du muscle que celui d'une production indépendante.

Les myômes, à cause de leur tendance à envahir les extrémités des muscles, se compliquent souvent de tumeurs gommeuses des tendons et de périostoses. Ils peuvent aussi envahir les parties voisines, surtout pendant leur période de ramollissement, et entraîner des pertes de substance considérables.

Il est bien établi aujourd'hui que les myômes syphilitiques n'ont pas leur point de départ primitif dans la fibre musculaire, mais bien dans le tissu conjonctif interstitiel des muscles. C'est au sein de ce tissu que leurs éléments prennent naissance et prolifèrent. La partie active de l'organe n'est atteinte que consécutivement.

IV.

On s'accorde à reconnaître, avec M. Bouisson, trois degrés, dans leur processus anatomo-pathologique.

Premier degré. — Gonflement local et circonscrit dans une étendue plus ou moins considérable du muscle, ayant une consistance plus grande que celle de l'œdème. Sur la section de la partie malade, faisceaux musculaires décolorés, au milieu d'un épanchement plastique de couleur grisâtre.

Deuxième degré. — Ramollissement de la matière épan-

chée, et sa transformation en un liquide visqueux, filant, semblable à une solution de gomme. Quand une inflammation intercurrente se manifeste au sein de la tumeur, ou plutôt à sa périphérie, le processus peut prendre les allures d'un phlegmon ; du pus se forme au centre du muscle, les fibres ramollies se détruisent, et il se fait des délabrements plus ou moins considérables. « Je soupçonne, dit M. Bouisson, que plusieurs abcès intra-pelviens, des psoïtis ou des inflammations destructives du muscle iliaque interne, ne sont que des phlegmasies syphilitiques des muscles de la région lombo-pelvienne. J'ai plusieurs fois observé des complications de ce genre chez des sujets atteints de syphilis, et, récemment, j'ai appelé l'attention des élèves qui suivent ma clinique sur un fait de cette nature. Il s'agissait d'un soldat qui portait à l'aine un bubon constitutionnel, consécutif à un chancre induré. Pendant son séjour à l'hôpital, ce malade fut pris d'inflammation chronique des muscles psoas et iliaque du côté gauche. Une tumeur considérable, formée dans le bassin, vint faire saillie au niveau du ligament de Fallope. Il fallut donner issue, à l'aide du bistouri, à une énorme collection. Le malade, soumis à un traitement antivénérien, se rétablit complétement. »

Le liquide qui résulte du ramollissement des myômes musculaires est quelquefois brunâtre et résulte d'un mélange de sang et de pus. Ce fait s'observe toujours, d'après Nélaton, quand ces tumeurs occupent les membres inférieurs et que le malade a continué à marcher.

Troisième degré. — Induration des tumeurs syphilitiques musculaires non ramollies. Leur transformation en tissu simplement scléreux ou en tissu subcartilagineux, cartilagineux et osseux. Dans la collection de M. le professeur Dubreuil de Montpellier, existe le squelette d'un Arabe qui vait eu la syphilis, et chez lequel, outre de nombreuses

exostoses, il y avait eu ossification d'un grand nombre de muscles à leur point d'insertion. Les productions osseuses de ce squelette sont styliformes, laminées ou de tout autre configuration, suivant la configuration des muscles qui ont participé à l'altération.

L'analyse microscopique des myômes syphilitiques a démontré qu'ils étaient essentiellement constitués par un tissu de granulation très-compacte, à petites cellules, siégeant dans le tissu connectif intra-musculaire, La dégénérescence graisseuse s'empare vite de ce tissu embryonnaire. Les cellules disparaissent alors complétement et il ne reste qu'une masse amorphe, en apparence, riche en graisse et composée d'une masse finement granulée.

Pendant le stade cellulaire des myômes syphilitiques, qui dure chez eux beaucoup plus longtemps, d'après Virchow, que dans toute autre espèce de tumeur de ce genre, à l'exception peut-être des tumeurs cérébrales, on rencontre un très-grand nombre de petites cellules, rondes pour la plupart et à un noyau (Robin).

Il est rare qu'on constate des cellules de pus au sein des myômes syphilitiques, à moins qu'un travail phlegmoneux n'ait envahi leur périphérie et hâté leur ramollissement. On a confondu avec du pus les éléments désagrégés provenant de la régression graisseuse. Cette erreur était commune avant qu'on eût recours à l'examen microscopique.

Au pourtour des myômes, les fibres musculaires sont pâles, atrophiées, granuleuses. Elles finissent par disparaître ou se transformer en tissu scléreux.

« Comme les grandes dimensions des myômes syphilitiques les placent à côté des formes les plus complètes de ce genre, il est d'autant plus facile, dit Virchow (1), de

(1) *Loc. cit.*, p. 17.

les confondre avec d'autres productions, surtout avec les sarcomes à petites cellules. Sidney Jones (1) a décrit quelques cas très-caractéristiques de ce genre dans les muscles de l'épaule et du bras, et Senftleben a signalé particulièrement leur analogie avec les fibroïdes (2). »

(2) Sidney Jones, *Transact. of the Path. soc. Lond.*, vol. VII, p. 346, pl. X, f. 5-6, vol. XI, p. 246.
(3) Senftlebey, *Archiv. f. klin. chirurgie*, t. I, p. 107.

(*A suivre.*)

IV.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS D'UN CAS DE SYPHILIS VACCINALE, par le docteur R.-W. Taylor, de New-York.

L'observation que je rapporte ici est intéressante à un double titre, d'abord paree qu'elle est un exemple de transmission de la syphilis par la vaeeine avec eontagion par le sang, et ensuite paree qu'elle nous enseigne pour l'avenir les moyens d'éviter un semblable malheur. Je ne parlerai iei que de la prophylaxie ; je réserve pour une autre fois l'étude des données générales sur la syphilis vaccinale. Je crois que cette observation en est bien un exemple incontestable, ee qui lui prête un vif intérêt, en présence de l'incertitude et du peu d'autorité des cas rapportés jusqu'iei. Nous n'avons pas, en effet, dans notre littérature, une seule observation bien probante et aeeompagnée des détails auxquels je me suis astreint. Il est malheureusement trop vrai qu'en lisant avee attention tout ee qui a été publié sous le nom de syphilis vaeeinale, on reeonnaît bien vite qu'il en faut rejeter la plus grande partie. — En pareourant mes salles, à l'hôpital de la Charité, le 26 janvier de cette année, je fus prié par le « house physician » (médecin résidant), doeteur Fullilove, de voir l'enfant d'une femme eondamnée à la reclusion, lequel présentait, d'après mon confrère, une éruption suspeete. C'était un bel enfant, ayant presque neuf mois, et qui n'avait jamais été soigné et nourri que par sa mère. Le eorps était eouvert d'une belle roséole franche, qui

paraissait bien être de nature syphilitique. Autour de l'anus se voyaient deux ou trois petites papules excoriées, très-évidemment des condylomes au début. Les téguments circonvoisins paraissaient affectés d'eczéma, accompagné de fissures, ce qui était le fait de l'inflammation spécifique et de l'humidité des parties. Si j'avais eu le moindre doute sur la nature syphilitique de la roséole siégeant sur le corps, ce doute se serait dissipé tout à fait en examinant le menton et les parties avoisinantes, où l'on apercevait de nombreuses macules à coloration cuivrée, c'est-à-dire cette forme de roséole à son déclin que l'on rencontre si souvent dans cette région chez les enfants syphilitiques, et qui, en particulier, coexiste avec des éruptions papuleuses. Les ganglions lymphatiques offrent tous les signes de la syphilis : augmentation de volume, induration, absence de douleur. L'enfant paraissait maussade et chagrin ; d'après la mère, depuis une dizaine de jours, il était malade, et avait refusé le sein. Bref, l'état général avait beaucoup souffert. Je ne trouvai, ce jour-là, aucune lésion quelconque du côté de la bouche. Sur le bras droit, un peu au-dessous du deltoïde, je notai un point induré assez large et faisant saillie : il avait une forme ovale sur une longueur de vingt-cinq millimètres et une largeur de douze millimètres ; il s'isolait nettement des tissus voisins par une ligne dure perceptible au toucher. La surface en était plane, dépourvue de granulations, mais saignant avec facilité ; elle s'élevait d'environ un demi-millimètre au-dessus de son niveau normal. Les ganglions axillaires étaient gros et durs, mais pas autant que dans les cas où le bras porte un chancre syphilitique. Je soupçonnai que la lésion du bras pouvait bien être un chancre induré, et que c'était lui l'origine de la manifestation générale observée sur le corps. Je déclarai, en outre, que nous avions affaire à une syphilis acquise, et

qu'auparavant l'enfant avait toujours été bien portant. C'est par l'examen de l'éruption que j'arrivai à formuler ainsi mon avis ; en effet, c'était bien une première poussée syphilitique, et non pas une récidive ; sans quoi d'autres éruptions diverses l'eussent précédée. De plus, l'aspect de l'ulcère du bras était tel, qu'on ne pouvait y voir autre chose qu'un accident primitif. Enfin, le siége du mal me fit penser que l'enfant avait été infecté par sa vaccination. Mais ce qui me fortifia encore dans mon idée, ce fut l'absence d'accidents du côté de la bouche ; ce n'était donc point là la porte d'entrée du poison syphilitique. Ces faits une fois acquis, et sur les soupçons que j'avais conçus, je m'enquis auprès de la mère de l'enfant et de la fille de salle des antécédents du baby, et des circonstances qu'il avait traversées depuis trois mois. J'obtins alors les renseignements que voici : En ce qui concerne la mère, que j'interrogeai avec grand soin, elle repoussa avec énergie tout antécédent syphilitique, et l'examen complet que je fis de sa personne me convainquit pleinement de la véracité de ses allégations. D'après la doctrine qui veut qu'une mère indemne de syphilis puisse porter un enfant syphilitique, la maladie provenant alors du père, je m'informai du passé de ce dernier, et, autant que pouvait le prouver un interrogatoire complet, je le trouvai en parfaite santé. Je dois dire ici que les circonstances liées à l'infection de l'enfant démontraient si clairement une syphilis acquise, après le sixième mois et en dehors de l'hérédité, que je ne voyais pas pour moi la nécessité des enquêtes précédentes ; je les instituai néanmoins, afin qu'il ne pût rester l'ombre d'un doute sur la provenance de la contamination syphilitique. Au reste, voici l'observation elle-même :

L'enfant naquit au mois de mars 1875 ; il était d'une santé parfaite, et il en a toujours été ainsi, sauf pendant

quelques jours avant que j'aie été appelé à le voir. La mère fut envoyée à la maison de correction en juillet, et elle y est constamment restée depuis lors. A partir de sa naissance, sa mère seule a pris soin de lui, sa mère seule l'a nourri ; il n'a jamais bu au biberon, et, en particulier, jamais à un biberon ayant servi à d'autres enfants. Bref, j'épuisai toutes les enquêtes dans le but de savoir si l'enfant avait offert des signes de syphilis héréditaire, ou, d'un autre côté, s'il avait été contaminé par l'alimentation ou la succion ; j'acquis ainsi la pleine certitude qu'il n'avait pas apporté en naissant le germe de la maladie, puis, qu'il ne l'avait pas prise d'une autre façon que je ne l'ai déjà dit. J'ajouterai ici que de semblables enquêtes furent ouvertes, avec les mêmes résultats, par mes collègues de l'hôpital, les Drs Kitchen, Sturgis et Frankel, et que, sur mon désir, le Dr F.-P. Foster se livra à un examen sérieux, qui fit coïncider sa manière de voir avec la mienne. Au commencement de novembre, il fut décidé administrativement que l'on vaccinerait un certain nombre de sujets de la maison de correction, et l'on désigna parmi eux l'enfant et la mère. Les registres font foi que la chose eut lieu le 7 novembre, sur environ vingt personnes. Je vais résumer en quelques mots les faits comme ils se sont passés, en prenant soin d'éliminer toutes les causes d'erreurs. La vaccination fut faite par les soins d'un médecin qui se servait d'un scarificateur ordinaire à lames. Le vaccin, contenu dans des tubes, était fourni par le Conseil de Santé. Le médecin vaccina environ vingt personnes l'une après l'autre, avec le même instrument ; après avoir opéré sur un sujet, il passait de suite au suivant. On sut d'une façon péremptoire qu'il ne nettoyait pas son instrument à chaque individu, mais qu'il l'appliquait rapidement et sans interruption sur le bras de chacun. Inutile d'insister sur la preuve de ce fait ; elle existe sans aucun doute possible. L'enfant fut vacciné immédiatement après une jeune femme, une prostituée ; avant elle, six adultes à peu près avaient été traités de la même façon. Je puis dire ici que la mère et la surveillante ont

toutes deux fait la remarque que l'instrument, pris sur le bras de la jeune femme, avait passé directement sur celui de l'enfant. Ensuite, plusieurs autres individus furent vaccinés, et parmi eux un autre enfant; mais aucun ne fut infecté, comme l'ont démontré les faits. La pustule vaccinale de l'enfant contaminé eut une marche régulière, absolument typique. La croûte se forma naturellement, puis elle sécha, se détacha et fut retrouvée par la mère dans le petit lit vers le seizième jour. Mais celle-ci vit bien, dit-elle, qu'il restait une légère excoriation; il est vrai qu'elle avait déjà vu se produire ce même fait chez ses deux autres enfants. Pour isoler ce bobo, elle n'appliqua qu'un linge de la plus entière propreté, paraît-il. Mais, au lieu de guérir, le mal fit des progrès; la lésion s'étendit et se mit à faire saillie. Pendant la vaccination et durant tout le temps que le bras fut malade, personne ne soigna l'enfant, personne ne le prit dans les bras que la mère. Le 1er décembre ou à peu près, l'excoriation était devenue une ulcération saillante, étendue; c'est alors que M. Fullilove la vit; elle était un peu moins grande que quand je la vis moi-même; j'en ai déjà indiqué les principaux caractères. Sauf un léger accroissement de l'ulcération, la mère ne remarqua rien de particulier pendant le mois qui suivit. Mais, vers le milieu de 1876, l'enfant pâlit, commença à maigrir, et il refusa le sein. Bientôt la mère découvrit une éruption sur les fesses, et finalement, quand mon attention fut attirée sur cet enfant, je découvris les lésions que j'ai déjà rapportées. Pour compléter l'historique de ce cas, disons que l'enfant fut soumis aux onctions mercurielles, qu'on lui fit prendre du fer et du quinquina, en prescrivant à la mère de le sortir au grand air, pendant deux heures, quand il ferait beau. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora bien vite, et l'éruption disparut. Pendant tout le temps qu'il resta en observation, nous regardâmes avec soin sa bouche; nous soignâmes quelques plaques muqueuses à leur début; nous fîmes porter à la mère un bout de sein pour la protéger contre la contagion. Au commencement de mars, le

traitement mercuriel ayant été suspendu par mesure de prudence, il reparut une légère poussée de papules syphilitiques ; mais, sous tous les autres rapports, l'enfant était mieux. Les ganglions avaient beaucoup diminué de volume.

Examinons maintenant l'évolution chronologique de cette vérole. Nous devons comparer les dates d'apparition qu'on nous indique pour les accidents primitifs et secondaires, ce qui nous permettra de décider si ces renseignements concordent avec les lois bien connues qui régissent la marche de cette maladie. Nous rechercherons plus tard le mode de contagion ; admettons jusqu'à nouvel ordre qu'il a pris sa source dans la vaccine, ainsi que nous avons cru pouvoir le dire. Le poison syphilitique a été déposé sur le bras de l'enfant le 7 novembre, en même temps que le virus vaccin ; il a suivi son cours normal, et nous ne voyons apparaître aucun accident jusqu'au vingtième jour, où l'on trouve un petit point excorié faisant saillie. La période d'incubation, ou, pour mieux dire, celle qui a précédé l'apparition de la lésion initiale a donc duré environ vingt jours. Cette longueur de temps concorde avec ce qui s'est passé dans des cas bien étudiés ; aussi est-ce une preuve en faveur de l'idée d'une vérole transmise par la vaccination. J'ai eu l'occasion de tracer l'histoire des lésions initiales chez les enfants quand elles proviennent de plaques muqueuses, et j'ai pu voir que leur évolution était singulièrement rapide ; aussi, plusieurs de mes confrères qui ont la même expérience que moi pourraient-ils trouver long l'espace de vingt jours noté sur notre enfant ; mais il faut se souvenir que le véhicule contagieux était chez lui le sang, et que, dans les cas de cette sorte, l'incubation est toujours plus longue qu'à l'ordinaire. La lésion initiale s'étant montrée à peu près le 27 novembre, et les accidents secondaires du 10 au 14 janvier, nous voyons que l'incubation de cette seconde période a duré

environ quarante-six jours, ou à peu près sept semaines. Ces données concordent parfaitement avec ce que nous connaissons, car d'ordinaire nous ne comptons pas moins de six semaines et pas plus de huit semaines pour l'incubation de la période secondaire. Aussi je pense qu'on ne saurait conserver le moindre doute sur l'origine de cette syphilis, puisque les dates assignent victorieusement à la vaccine l'époque de la contamination. Il nous reste cependant un seul point à rechercher, de qui provenait le sang contagieux. Ici j'ai la chance de pouvoir parler d'une façon très-précise. Depuis lors, j'ai appris que la jeune prostituée, vaccinée immédiatement avant notre baby, avait une vérole à la seconde période, datant de six mois déjà, avec manifestations générales, telles que syphilide papuleuse, plaques muqueuses, angines, douleurs nocturnes. Faiblement traitée à l'apparition de ces lésions, elle n'avait rien fait depuis quatre mois quand on la vaccina. Si l'on considère l'état de cette femme, on ne saurait douter que son sang ne fût contagieux à un haut degré, puisqu'elle n'avait pas subi un traitement suffisant. Et de plus, il est probable que, même si elle eût été convenablement soignée, son sang eût encore pu servir à transmettre la syphilis, au moins pendant la première année d'existence de celle-ci. Si donc, connaissant l'état de cette femme, sachant qu'elle avait été vaccinée juste avant l'enfant, on fait en outre entrer en ligne de compte la méthode de vaccination et ses résultats qu'attestent des faits et des dates incontestables, on n'est plus fondé d'une façon raisonnable à garder des doutes sur l'origine de la syphilis de cet enfant, grâce à la négligence qui a présidé à l'opération. Je puis donc tirer de tous ces faits les conclusions que voici :

1° L'enfant n'était pas atteint d'une syphilis héréditaire; la maladie a éclaté chez lui sous l'influence de l'éruption vaccinale ;

2° Il est la victime d'une syphilis acquise, qui a pénétré par le bras en même temps que le virus vaccin ;

3° Le poison syphilitique provient du sang ou des débris épithéliaux restés sur les lames du scarificateur et portés directement du bras de la prostituée sur le bras de l'enfant.

Nous sommes donc en présence d'un cas non douteux de contamination syphilitique par le sang pendant la vaccination. Je ne m'occuperai pas de la syphylis vaccinale d'une façon générale : ce sera pour plus tard. Mais je ne puis m'empêcher d'attirer l'attention sur les enseignements que nous rencontrons dans ce fait. Je dois aussi faire observer combien il est curieux de voir ainsi deux virus, implantés ensemble d'une façon fortuite, évoluer chacun suivant son type normal ; j'y reviendrai un jour.

Nous voici donc bien et dûment avertis qu'en pratiquant la vaccination on peut communiquer la vérole d'un individu à un autre au moyen d'un instrument malpropre ou mal essuyé. Le résultat désastreux qui fait le sujet de cette note nous enseigne que nous ne saurions user d'une trop grande propreté en essuyant nos instruments après une vaccination. Ce précepte est absolument essentiel, car il est plus que probable que le sang auquel donne issue le scarificateur peut communiquer la syphilis. Et puis, quand on devra vacciner un certain nombre de gens les uns après les autres, comme c'était le cas pour notre enfant, on aura soin d'employer à chaque personne un nouvel instrument, ou bien on l'essuiera avec le plus grand soin avant de s'en servir sur un autre bras. Il est si probable que, sur un certain nombre d'individus, on en rencontrera un ou plusieurs de syphilitiques, qu'on ne saurait trop se mettre en garde contre toute chance de transmettre la vérole. Notre observation démontre, en effet, que, dans le désordre engendré par une vaccination de vingt person-

nes, l'opérateur peut, sans penser à mal et par manque de soin, employer un instrument malpropre et donner la syphilis à une ou plusieurs personnes. L'indication est donc formelle : *on ne doit employer en vaccinant qu'un instrument irréprochable sous le rapport de la propreté.* Enfin, je puis ajouter que les chances de contagion par le sang syphilitique sont plus accrues dans cette opération que dans tous les autres cas. En effet, le médecin qui a fait les scarifications nécessaires sur le bras d'un syphilitique emporte sur les lames de son instrument du sang et des débris épithéliaux : s'il ne les enlève pas, mais qu'il les porte sur le bras de l'individu voisin, celui-ci court de très-grandes chances de contagion ; car, outre le vaccin, l'opérateur introduit des particules contaminatrices. On a publié peu d'articles aussi précis sur ce fait, ce qui nous ferait supposer, qu'en général, nos confrères prennent à ce sujet de grandes précautions.

Chose singulière ! Les auteurs ont à peine parlé de ce danger inhérent à la vaccination, certains même l'ont omis tout à fait. Grande a été ma surprise en lisant la célèbre discussion sur la syphilis vaccinale (1) à l'Académie de médecine de Paris, discussion à laquelle ont pris part presque tous les médecins français les plus connus, de voir que cet accident n'y avait pas été mis en lumière ; il semble avoir échappé à chacun. C'est à peine si Ricord y a fait allusion d'une manière vague et sans en donner une description claire et nette. Mais, depuis lors, le sujet a été creusé par M. Raymond Petit (2), et, chez nous, par mon ami, le Dr J.-P. Foster (3) dans une série d'articles remarquables.

(1) De la syphilis vaccinale, Paris, 1865.

(2) R. Petit, *Transmission de la syphilis par la vaccination*, Paris, 1867.

(3) R.-W. Taylor, *Vaccine syphilitic inoculation*. In *Amer. journ. derm. and syph.*, 1870-71.

Maintenant j'ajouterai quelques réflexions sur la valeur des onctions mercurielles, surtout dans la syphilis héréditaire, bien que je sorte ainsi un peu de mon sujet. Depuis de longues années je les emploie chez les enfants syphilitiques, et les bénéfices que j'en ai toujours retirés m'engagent à persévérer. Chez le petit enfant, cette thérapeutique a été très-rapide, et les résultats furent satisfaisants. Chez les très-jeunes sujets, ce moyen offre, selon moi, certains avantages sur les autres modes de traitement, je veux parler de la connaissance de la dose absorbée, et de l'immunité qu'éprouve le tube digestif si souvent affecté après un traitement mercuriel prolongé. On donnera par la bouche des toniques : fer, quinquina. Lorsque aux toniques nous adjoignons une méthode puissamment rapide dans ses résultats, il est clair que nous employons une thérapeutique supérieure. C'est surtout contre les lésions syphilitiques de la peau et des muqueuses que je me suis servi de ces onctions ; au contraire, si le système osseux est intéressé, j'ai pu voir que, vu la nécessité où l'on se trouve de donner longtemps du mercure, il valait mieux avoir recours au traitement mixte qui associe au mercure l'iodure de potassium. Dans ces cas, j'ai une autre raison encore, c'est la négligence des mères et des nourrices à continuer les onctions avec une régularité suffisante ; après un certain temps, elles les omettent pendant des jours et des semaines, tandis que leur négligence est moins grande quand elles n'ont qu'à donner une dose de médicament. Ce n'est qu'après en avoir fait l'expérience sur ses propres malades qu'on finira par constater la valeur de mon assertion. C'est ainsi que j'en arrivai à formuler les règles thérapeutiques qui se trouvent dans mon ouvrage (1), parce que je ne pouvais obtenir de certaines femmes un emploi

(1) R.-W. Taylor, *Syphilitic Lesions of the osseous system in fants and young Children*, New-York, 1875.

régulier des onctions. Et puis, comme je l'ai déjà dit, l'expérience m'a enseigné, après un emploi comparatif des divers modes de traitement, que dans les lésions osseuses la guérison est bien plus prompte si l'on associe au mercure l'iodure de potassium ; il en est de même pour les tumeurs osseuses : état stationnaire quand on n'emploie que le mercure; disparition rapide aussitôt que l'on y adjoint l'iodure. C'est un fait que j'ai maintes fois observé. J'ai parlé, dans mon livre, des avantages à retirer dans ces cas d'un traitement mixte. Les preuves que j'en donne ici en affirment, je pense, tout le mérite. Certains comptes rendus récents de mon ouvrage m'ayant reproché de n'avoir pas assez insisté sur la grande valeur des onctions dans la syphilis héréditaire, voilà pourquoi j'intercale ici ces remarques. Cette note montre que j'en apprécie les avantages et que j'y ai recours, par choix, quand le cas le permet. Néanmoins, dans certaines circonstances particulières, je préfère un autre mode de traitement pour les raisons que j'ai dites et que je conseille de méditer. Pour la guérison des lésions osseuses de la syphilis chez les enfants, on arrivera sans aucun doute, comme je l'ai fait, par une pratique étendue et impartiale, à préférer le traitement mixte comme le plus efficace. (*Archives of dermatology*, april 1876.)

(*Traduit de l'anglais par le Dr Edouard Labarraque.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

LEHRBUCH DER HAUTKRANKHEITEN. (TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU), par le professeur J. NEUMANN.

Il n'est pas un dermatologiste, pas un clinicien qui ne connaisse le traité des maladies de la peau de M. le professeur Neumann. Une nouvelle édition, parue l'année dernière, était réclamée par tous les amis du progrès et nous sommes heureux, pour notre part, de lui souhaiter ici la cordiale bienvenue. Parmi les nombreuses et importantes additions qu'elle renferme, il faut surtout signaler l'énoncé des recherches microscopiques les plus récentes, qui y sont indiquées avec la plus grande exactitude. Un formulaire thérapeutique très-complet, exempt des banalités trop souvent accumulées dans ces sortes d'articles, forme à ce livre classique un complément non moins intéressant qu'utile.

La classification adoptée par M. le Dr Neumann se rapproche beaucoup de celle d'Hebra. Ainsi il divise les affections de la peau de la manière suivante :

1° Hyperémies cutanées; 2° anémies cutanées (ischémies); 3° anomalies de sécrétion; 4° inflammations; 5° hémorrhagies; 6° hypertrophies; 7° atrophies; 8° néoformations; 9° névroses; 10° maladies parasitaires.

Les descriptions qu'il donne de chaque affection sont empreintes d'une grande concision tout en demeurant toujours parfaitement claires et surtout complètes. L'anatomie pathologique y est surtout étudiée avec un très-grand soin et a été tenue au courant des recherches si remarquables

entreprises dans ces dernières années. Pouvait-il, d'ailleurs, en être différemment sous la plume de l'un des représentants les plus distingués de l'école dermatologique de Vienne, de cette école dont le professeur Hebra est le chef éminent et universellement reconnu?

Nous n'avons pas à rappeler qu'elles sont, au point de vue doctrinal, les différences profondes qui séparent l'école viennoise de l'école française. Mais si l'auteur, à l'exemple de la plupart des autres dermatologistes allemands, semble se préoccuper beaucoup plus de la lésion locale que de l'état constitutionnel qui lui a donné naissance ou l'entretient, il n'en a pas moins émis de précieuses indications sur les caractères anatomiques et symptomatologiques des affections de la peau et d'excellents préceptes sur la thérapeutique de cet état réputé local.

Dans cette nouvelle édition, on remarque notamment et l'on consultera avec fruit un chapitre original sur les *éruptions acnéiques dues à l'usage des sels de brome.*

Beaucoup d'autres articles seraient à citer, mais faute de place et pour donner une idée plus complète de la manière de l'auteur nous préférons reproduire ici un des chapitres les plus intéressants de l'œuvre de notre distingué confrère, celui qu'il a consacré à la pathologie générale des affections de la peau.

Mais avant de le quitter pour lui donner la parole, nous tenons à dire encore une fois que le livre du professeur Neumann constitue un précis très-complet des maladies cutanées, que spécialistes et praticiens liront toujours avec profit et qui peut se présenter comme le résumé aussi lucide qu'exact des progrès que la dermatologie a réalisés dans ces dernières années.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES DE LA PEAU.

Dans les caractères cliniques des maladies de la peau, on trouve les mêmes rapports anatomiques que l'on observe dans les affections du tissu conjonctif et de l'épithélium, des nerfs et des muscles, du tissu élastique et du tissu graisseux en général qui, tous ensemble, constituent la peau et ses annexes.

Si je présente en abrégé les opinions actuelles sur ces tissus, il faut insister avant tout sur l'opinion de Remak, que la loi qui régit le développement de l'embryon règle aussi la croissance ultérieure, c'est-à-dire que des tissus de même nature ne peuvent produire que des tissus semblables. Pour le tissu conjonctif, la persistance de ses éléments cellulaires (corpuscules du tissu conjonctif) doit être principalement notée; sa substance intercellulaire est homogène au début, elle devient seulement plus tard fibreuse, comme la fibrine le devient en se coagulant. Les fibres du tissu conjonctif ne sont, par conséquent en quelque sorte, qu'un produit de sécrétion (Virchow), lequel provient des cellules mêmes du tissu conjonctif; d'après d'autres auteurs, elles résultent de l'accroissement des prolongements de ces cellules, lesquels paraissent même encore fibreux (Bull); d'après une troisième opinion enfin elles seraient les produits d'une transformation de la substance intercellulaire. Le tissu élastique provient du tissu conjonctif seule, de sorte qu'il se produit un changement chimique et en partie aussi un épaississement de la paroi du corpuscule du tissu conjonctif qui occasionnent une résistance notable à l'action des agents chimiques; cependant, il n'est pas impossible que les fibres élastiques puissent résulter de la transformation de la substance intercellulaire ou provenir des cellules. Elles sont surtout très-dé-

veloppées dans la partie inférieure du chorion, dans les papilles même elles pénètrent comme des fibres fines, tandis qu'elles forment un réseau à la base de ces papilles, lequel est en connexion avec des faisceaux plus forts du chorion. Le tissu graisseux provient aussi des cellules du tissu conjonctif, de telle sorte qu'elles se remplissent de graisse et que le noyau est appliqué sur un des côtés de la paroi ; pathologiquement la graisse peut de nouveau disparaître du tissu.

Enfin l'épiderme, notamment dans le réseau de Malpighi, conserve sa nature cellulaire pendant toute la durée de son existence; la transformation du réseau de Malpighi en épiderme est opérée par des cellules qui sont plus grosses et possèdent encore un noyau distinct ; dans les couches profondes, les cellules redeviennent plus petites, et sur les papilles elles présentent une forme plus cylindrique. Les ongles, les poils, les cellules de la paroi externe et interne des follicules pileux et des glandes de la sueur, ainsi que les gaînes des poils, appartiennent aux mêmes éléments cellulaires.

Les changements anatomiques, que les tissus que je viens d'indiquer ci-dessus subissent dans les maladies de la peau, ont lieu d'une manière si différente que déjà, à un point de vue histologique, on est obligé de les ranger en différents groupes. Si, maintenant, nous commençons par un résumé abrégé de ces changements et si nous faisons provisoirement abstraction des hyperémies et des anémies qui n'ont le plus souvent qu'un caractère passager, puisque, en dehors de la tuméfaction œdémateuse et de l'extravasation de la matière colorante du sang, qui accompagnent quelquefois les premières, elles ne déterminent jamais une modification plus profonde des éléments tissulaires, — on trouve alors la plus grande partie des maladies de la peau dans la classe des inflammations. Il paraît pré-

férable de choisir la dénomination générale d' « inflammation » au lieu de « processus exsudatif », puisque l'exsudat, bien qu'on doive le considérer comme le caractère essentiel de l'inflammation (Bennet, Rokitansky), ne peut cependant pas être regardé autrement que comme un simple anneau de la chaîne des phénomènes qui constituent l'essence de l'inflammation.

L'inflammation, d'après les idées aujourd'hui régnantes, est le produit de facteurs différents, parmi lesquels, outre l'exsudation, les troubles de nutrition, de fonction et de circulation par suite de l'inflammation d'un organe, la prolifération cellulaire et la néoformation tissulaire se trouvent avec une certaine importance.

Les excitations peuvent être directes, c'est-à-dire traumatiques (choc, coup, blessure) ou chimiques (influence des acides, des alcalis, etc., de matières morbides décomposées) ou encore occasionnées par des parasites végétaux et animaux ; enfin, elles peuvent être déterminées indirectement par les nerfs vaso-moteurs ; ce dernier point est pourtant, dans l'état actuel de la science, peu connu.

Les troubles circulatoires, l'hyperémie, c'est-à-dire la dilatation des vaisseaux sanguins, considérés par Andral comme le fait le plus essentiel de l'inflammation, présentés cependant par Virchow comme un caractère peu important, consistent ou en une maladie idiopathique disparaissant rapidement, ou bien dans un ralentissement du cours du sang dans les vaisseaux dilatés, pouvant aller, surtout dans les veines, jusqu'à un arrêt complet, une stase qui disparaît à la vérité ensuite rapidement, qui, cependant, amène quelquefois la coagulation du sang, voire même la gangrène (thrombose). L'hyperémie est aussi la première période de l'exsudation, puisque les vaisseaux de la zone enflammée se dilatent, deviennent moins résistants et permettent ainsi l'extravasation en masse de corpuscules sanguins décolorés

(leucocythes); en outre, les éléments du tissu malade sont dissociés par l'exsudat, mis en prolifération, et ainsi se forme l'infiltration cellulaire du tissu.

Troubles fonctionnels et nutritifs. En outre, les éléments cellulaires sont altérés dans leurs fonctions, leur nutrition devient essentiellement différente. Si, par exemple, la peau est irritée sur un point quelconque, les cellules du réseau de Malpighi acquièrent aussitôt une augmentation de volume et par cette même raison qu'elles reçoivent plus de liquide nutritif, elles en cèdent aussi ou en mettent plus en circulation.

L'exsudat peut être principalement séreux (comme, par exemple, dans l'urticaire, l'œdème du chorion); toutefois il y a en général dans le liquide des leucocythes et des corpuscules sanguins rouges en voie de désagrégation et les produits des troubles nutritifs inflammatoires qui sont solubles (erythème multiforme), il ne contient, en dehors des parties séreuses que peu d'éléments figurés ou un exsudat plus albumineux, qui est mélangé de petits corpuscules, de noyaux, de cellules et de graisse ou même de pus (eczéma, pemphigus, variole) ou enfin c'est un exsudat fibrineux (diphthérite de la peau). Les exsudats rougis en partie par la matière colorante du sang, en partie par des corpuscules sanguins, peuvent prendre la forme des exsudats hémorrhagiques (par diapédèse), par exemple dans la péliose rhumatismale, l'érythème noueux, l'érythème iris, la variole hémorrhagique. L'exsudat fibrineux, que l'on a sans doute rarement l'occasion d'observer à la surface externe de la peau, entraîne souvent la mort (diphthérite) et cela par suite de l'introduction de la matière toxique dans le sang.

La néoformation tissulaire qui peut provenir de chacun des éléments entrant dans la constitution de la peau est un des caractères les plus importants de l'inflammation.

La néoformation a son point de départ, ou dans le tissu fondamental, ou bien il arrive en même temps, par diapédèse, dans le tissu, d'innombrables corpuscules blancs du sang (Waller, Cohnheim) et, en plus petite quantité aussi, des corpuscules rouges du sang (Stricker) ; les premiers fournissent aussi le substratum pour le pus et comme tels n'ont qu'une existence éphémère ; ou ils arrivent de nouveau par les vaisseaux lymphatiques dans l'appareil circulatoire, pour émigrer ensuite hors des capillaires, ou enfin ils se développent comme éléments fixes des tissus (Billroth) ; alors ils deviennent peu à peu fusiformes, se transforment en cellules de tissu conjonctif, leur substance intercellulaire devient plus résistante et fibreuse.

La migration de ces cellules a été démontrée par des recherches très-concluantes de Recklinghausen et de Cohnheim ; ce dernier mit dans les sacs lymphatiques de la grenouille du bleu d'aniline pulvérisé, il provoqua l'irritation de la cornée, et il vit sortir du tissu enflammé des cellules de pus contenant des grains d'aniline.

On peut remarquer aussi la multiplication des cellules migratrices sur les corpuscules blancs du sang dans la langue de la grenouille, on les voit se diviser (Stricker) ; de sorte que cet auteur est arrivé à conclure que, sur des foyers d'inflammation, les cellules migratrices ou les cellules du pus se multiplient par division. Le tissu se trouve, en vertu de ces processus, dans un état que l'on désigne sous le nom d'infiltration inflammatoire.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX.

DES GLOSSITES TERTIAIRES, par le Dr A. FOURNIER (1).

Depuis quelques années l'attention des médecins s'est portée très-vivement et à juste titre sur les diverses lésions dont la langue peut être le siége. Multiples en effet et d'aspect bien différent sont ces lésions, et bien plus encore variable est la signification pronostique qu'il convient de leur attribuer suivant la cause qui leur a donné naissance.

Il y aurait là un travail d'ensemble très-important à faire et pour lequel doit, ce nous semble, se sentir déjà vivement tenté M. A. Fournier. Pour aujourd'hui, notre savant confrère s'est borné à étudier, dans quelques-unes de ses leçons de l'été dernier à l'hôpital Saint-Louis, quelles sont les lésions *tertiaires* que la syphilis peut engendrer dans les tissus linguaux. Quoique limité, ce point de vue, pour nous surtout, mérite bien que nous consacriions quelques pages à examiner comment il a été utilisé par le sagace observateur.

Les glossites tertiaires sont primitivement constituées par une hyperplasie cellulaire ; elles peuvent se terminer soit sous une forme scléreuse, définitive (tissu fibro-plastique) — *glossite scléreuse ;* — soit par une nodosité qui tend à se détruire spontanément, à s'éliminer de l'organisme — *glossite gommeuse ou gomme de la langue.*

(1) *Des glossites tertiaires* (glossites scléreuses, glossites gommeuses). Leçons professées par le Dr Alfred Fournier, rédigées et publiées par H. Buzot *in France médicale.* — Paris, 1877, A. Delahaye.

Les lésions tertiaires de la langue sont infiniment moins fréquentes que celles du voile du palais, et cependant elles ne sont pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire ; l'auteur a déjà été à même d'en réunir une soixantaine d'observations.

On les rencontre beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, ce qui paraît tenir en grande partie, comme pour toutes les autres lésions linguales, à l'excitation de la bouche par le tabac et l'alcool.

Ce sont des lésions tertiaires.

Les formes gommeuses sont plus tardives que les formes scléreuses ; d'une manière générale, leur maximum de fréquence paraît se trouver entre la 5e et la 15e année.

Leur siége de prédilection est la face dorsale de la langue, notamment au niveau des régions moyennes. L'auteur n'en a jamais observé un seul cas à la face inférieure de l'organe.

I. *Glossites scléreuses.* Ces lésions, constituées par une néoplasie se transformant ultérieurement en un tissu fibroïde persistant, peuvent se présenter sous divers aspects. Parfois l'hyperplasie est superficielle, siégeant seulement dans le derme lingual, et se caractérisant par des indurations étalées, lamelliformes ; — *glossite scléreuse superficielle ou corticale.* Ces néoplasies pourront être circonscrites, d'un volume variant entre celui d'une lentille et celui d'une pièce d'un franc, à surface sèche, non érosive, d'une coloration rouge foncé, unie, comme vernissée ; elles font parfois une légère saillie. Ou bien la prolifération cellulaire, au lieu de se faire par îlots multiples, se traduira par une induration en nappe de la muqueuse, par des plaques continues d'une étendue plus ou moins considérable. Dans cette dernière variété de la glossite scléreuse superficielle, la surface de la langue présente habituellement un

réseau de sillons, les uns transversaux et parallèles, d'autres obliques et de direction irrégulière. De là un aspect particulier, que l'auteur a décrit sous le nom d'*aspect parqueté.*

La glossite scléreuse corticale a une évolution éminemment chronique.

D'autres fois l'hyperplasie cellulaire, au lieu de rester dermique, envahit les parties profondes, se propage au parenchyme de la langue — *glossite scléreuse profonde; glossite lobulée.*

Glossite scléreuse profonde (*cirrhose linguale, glossite lobulée*). Elle est constituée par une hyperplasie cellulaire; seulement, au lieu d'être superficielle comme dans les cas précédents, celle-ci envahit les parties profondes de l'organe ; elle est presque toujours à la fois superficielle et profonde, *dermo-parenchymateuse.*

Le plus habituellement, la lésion s'étend à la moitié ou aux trois quarts antérieurs de la langue.

Cliniquement, elle se traduit par les phénomènes suivants : tuméfaction de la langue, mamelonnement et *lobulation* de sa face dorsale, induration profonde des parties affectées, altérations variées de la muqueuse à leur niveau.

A propos de la tuméfaction de la langue, M. Fournier fait remarquer que l'on observe là les mêmes phénomènes que dans les cirrhoses et les scléroses en général, c'est-à-dire qu'à un état hyperplasique et hypertrophique succède une atrophie plus ou moins prononcée des organes affectés.

Le phénomène le plus saillant et en même temps le plus caractéristique de la nature de la lésion, c'est le mamelonnement et la lobulation de la face dorsale de la langue. On voit dans ces cas sur la surface de l'organe une série de mamelons saillants, inégaux, de forme irrégulière, séparés

par des sillons plus ou moins profonds qui s'entre-croisent et donnent à la langue un aspect tout à fait spécial.

Ces diverses lésions sont toujours indurées, donnent la sensation d'une dureté profonde, fibreuse, presque cartilagineuse, dont les limites circonférentielles sont nettement tranchées.

Enfin la muqueuse qui recouvre ce tissu mamelonné et dur est en certains points d'un rouge *vineux*, et, sur d'autres, blanchâtre. Elle est de plus unie, lisse, tendue, dépapillée sur toutes les parties affectées.

En outre les lésions de la sclérose linguale profonde que nous venons de décrire deviennent ordinairement çà et là le siége d'érosions, d'exulcérations ou même d'ulcérations qui changent notablement l'aspect des parties. Ces lésions sont de deux ordres : ou simplement inflammatoires, tenant à différentes causes d'irritation, ou bien de nature spécifique, c'est-à-dire que les mamelons scléreux dont il a été question subissent la dégénérescence gommeuse, se ramollissent et s'ulcèrent. Ces ulcérations ne présentent pas la coloration rouge vif, animé, etc., des exulcérations inflammatoires, mais elles sont reconnaissables à leur fond blafard, jaunâtre, escharrifié, *bourbillonneux* ; elles sont en général petites et bien circonscrites.

Dans quelques cas rares, les lésions de la glossite scléreuse que nous venons de décrire, au lieu de rester limitées et partielles, envahissent la langue dans sa totalité — *glossite scléreuse généralisée.*

II. *Glossites gommeuses.* — Ces dernières sont surtout caractérisées par une tendance à la nécrobiose et à l'ulcération ; elles peuvent être muqueuses, c'est-à-dire envahir seulement le derme lingual, ou bien sous-muqueuses, musculaires.

Ce chapitre, un des plus importants du mémoire, est ré-

digé avec toute la clarté qui était nécessaire et qui ne fait jamais défaut à la plume de l'habile clinicien. L'auteur étudie l'évolution de ces deux variétés de gommes linguales, et surtout des gommes musculaires, qui sont de beaucoup les plus importantes. Si les caractères des gommes muqueuses de la langue se rapprochent beaucoup de ceux qu'on observe dans les gommes cutanées, il n'en est plus de même pour celles qui ont leur siége dans le système musculaire de l'organe.

Selon M. A. Fournier, on les trouve presque exclusivement vers la face supérieure ; elles sont, d'après les statistiques de l'auteur, plus souvent latérales que médianes. De forme ovoïde, leur grosseur est en général celle d'un haricot ou d'une noisette; rarement elles atteignent les dimensions d'une noix ou d'une datte ; elles sont presque toujours au nombre de trois ou quatre.

Solides et dures au début, ces tumeurs font une saillie plus ou moins prononcée à la surface linguale. Au bout de deux ou trois mois ces nodosités deviennent moins fermes, moins résistantes au toucher. Elles se sont ramollies et elles finissent par s'ulcérer après un temps plus ou moins long.

Ces ulcérations linguales d'origine gommeuse présentent les caractères tranchés que l'on retrouve dans les plaies résultant des gommes, quel que soit du reste leur siége. Ce sont des ulcères creux, à bords taillés à pic; leur pourtour est constitué par une zone de tissus durs et infiltrés, dont la muqueuse est tendue, lisse, souvent dépapillée, d'un rouge sombre, violacé ; le fond est anfractueux, jaunâtre, pultacé, *bourbillonneux ;* cet aspect particulier tient à la présence d'eschares de tissu gommeux en voie d'élimination. Ces ulcérations gommeuses se réparent en général assez vite sous l'influence d'une médication appropriée. Abandonnées à elles-mêmes, elles peuvent durer très-long-

temps. Parfois les nodosités sont très-nombreuses ; elles envahissent alors la presque totalité du tissu lingual et constituent ce que M. Fournier a désigné sous le nom de *forme confluente.*

La syphilis se traduit sur la langue, comme sur les autres viscères, par des lésions de forme hyperplasique. Toutefois ces lésions présentent des différences marquées dans leur évolution, leurs sympômes et leur terminaison. Auss l'auteur les a-t-il divisées en deux variétés :

1° Hyperplasies aboutissant à des scléroses;

2° Hyperplasies aboutissant à des gommes.

Si toutes deux ont à l'origine de très-grandes analogies (aphlegmasie, insidiosité du début, et bénignité remarquable des phénomènes cliniques pendant toute la période antérieure à l'ulcération) il se produit ensuite dans le cours de leur évolution des différences notables que le savant médecin de Saint-Louis étudie avec une remarquable précision dans leurs détails les plus intimes, comme on a pu le voir dans le résumé que nous en avons donné ci-dessus.

Les glossites tertiaires, qu'elles soient de nature scléreuse ou gommeuse, ont un début insidieux ; le plus souvent c'est par hasard que les malades s'aperçoivent de leur présence et alors qu'elles ont déjà acquis un certain développement. Jusqu'au moment où les ulcérations se produisent, les glossites tertiaires sont indolentes, elles troublent peu ou même pas du tout les fonctions de la langue ; parfois un peu de gêne, d'embarras dans la prononciation, l'expiration, etc. ; il s'y ajoute aussi une sorte d'endolorissement vague et diffus avec quelques élancements. Ce n'est que dans le cas où soit la sclérose, soit des tumeurs gommeuse multiples et volumineuses ont amené une tuméfaction considérable du tissu lingual, qu'il peut se manifester des désordres sérieux, mais les mêmes après tout que ceux

que l'on observe dans toutes les glossites hypertrophiques.

Une fois ulcérée, la glossite tertiaire devient douloureuse. Toutefois, comme le remarque M. Fournier, les douleurs ne sont pas spontanées, elles sont provoquées seulement par des excitations surajoutées, par le contact de substances dures ou irritantes de diverse nature. Ces douleurs sont plus vives dans les formes scléreuses que dans les formes gommeuses. En même temps, comme par le fait de toutes les lésions de la bouche, la sécrétion salivaire est accrue, et il y a des troubles plus ou moins marqués dans la mastication et la parole ; mais d'une manière générale, les ulcérations tertiaires de la langue sont mieux tolérées, relativement, que d'autres lésions de même siége, mais de nature différente.

Règle générale, les glossites tertiaires scléreuses ne donnent jamais lieu à aucun engorgement ganglionnaire. Pour celles de forme gommeuse on a observé quelquefois, très-rarement, des adénopathies symptomatiques.

Les glossites de forme scléreuse sont essentiellement chroniques. Traitées au début, elles sont susceptibles de résolution et de guérison, tandis que, une fois arrivées à l'état scléreux, elles deviennent des lésions acquises, définitives. Les glossites de forme gommeuse tendent au contraire et arrivent à s'éliminer par voie de ramollissement et d'ulcération.

Quant au pronostic, il peut se déduire facilement de ce qui précède. Si les glossites gommeuses sont d'un aspect plus sérieux, plus effrayant que les glossites de forme scléreuse, il n'en est pas moins certain que leur pronostic est moins grave que celui de ces dernières. Comme toutes les gommes, ce sont des lésions susceptibles de guérir complétement par un traitement convenable, tandis qu'il n'en est plus ainsi dans la variété scléreuse, ainsi que cela a déjà été dit ci-dessus. C'est là une distinction capitale à éta-

blir au point de vue du pronostic et du traitement.

Mais de toutes les questions que soulève l'étude des glossites, la plus importante est sans contredit celle du diagnostic.

La lésion que quelques auteurs ont décrite sous le nom de *psoriasis lingual* présente, il est vrai, certaines analogies avec la glossite scléreuse, telles qu'un véritable état fibroïde la muqueuse, affectant également la face dorsale de l'organe, présentant soit des indurations lamelleuses, soit des lobules durs, circonscrits par des sillons, avec des érosions et des fissures.

Mais, à côté de ces ressemblances, il y a des différences réelles dont la plus importante est l'aspect blanc nacré caractéristique que revêt le psoriasis lingual et qui est le résultat d'une exfoliation épithéliale.

La glossite occasionnée par l'abus du *tabac* et qui se traduit par une langue inégale, bosselée, avec des îlots lisses, dépapillés, gris blanchâtre, plus ou moins indurée et fissurée, est souvent très-difficile à distinguer des altérations scléreuses syphilitiques du même organe. En outre des commémoratifs et de certaines différences que tous les auteurs ont indiquées, il est un signe que M. Fournier considère comme tout à fait pathognomonique: ce sont les plaques nacrées des commissures et des joues, plaques tout à fait spéciales aux fumeurs. Ces plaques *nacrées commissuraires* (Fournier) ne se rencontreraient dans aucune autre maladie de la bouche et permettraient de différencier toujours la glossite nicotique des glossites syphilitiques. Mais il peut évidemment y avoir coïncidence entre les deux lésions.

Parfois, souvent même, tabac et syphilis s'associent pour donner lieu à des désordres buccaux, et il est alors fort difficile de faire la part exacte de ces deux influences nocives.

Dans quelques cas, des érosions, des ulcérations lingua-

les se produisent au contact d'une dent cassée, ébréchée, incrustée de tartre, etc.; mais cette espèce de *glossite dentaire* se reconnaît facilement à la localisation de la lésion et au rapport topographique exact qui existe entre la plaie et le fragment de dent.

Les lésions tuberculeuses de la bouche, décrites par M. Ricord sous le nom de *phthisie buccale,* peuvent parfois en imposer pour des lésions syphilitiques. D'après M. Trélat on trouverait alors, au voisinage des ulcérations tuberculeuses, de petits points miliaires ou de petites granulations de couleur gris jaunâtre et d'aspect purulent. Ce serait là un caractère distinctif essentiel; seulement on le rencontre rarement, et l'on doit surtout baser son diagnostic sur l'examen des poumons ainsi que de la constitution, et, en dernier ressort, sur l'épreuve thérapeutique.

Enfin quant au *cancroïde* avec lequel on pourrait confondre les glossites tertiaires, c'est là un point de la plus haute importance et des plus ardus. Aussi l'auteur a-t-il, dans une discussion approfondie, étudié un à un les divers signes qui permettent d'arriver à un diagnostic différentiel précis. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire textuellement ici le tableau dans lequel il a présenté ces éléments réunis.

Cancroïde lingual ulcéré.	*Gomme ulcérée de la langue.*
I. Affection de l'âge mûr. — Maximum de fréquence entre 50 et 70 ans.	I. Pas d'âge de prédilection. — S'observe le plus souvent à un âge moins avancé que le cancer.
II. Cause prédisposante : hérédité cancéreuse. — Pas d'antécédents syphilitiques (sauf coïncidence).	II. Antécédents syphilitiques. — Pas d'antécédents de cancer (sauf coïncidence).
III. Antécédents fréquents de psoriasis lingual.	III. Pas d'antécédents de psoriasis lingual.

IV. Anamnestiques : début par nodosité dure, superficielle, par tumeur *extérieure;* puis, ulcération plus ou moins rapide en surface. — Pas d'ouverture ou d'évacuation à l'instar d'un abcès; pas de caverne.	IV. Anamnestiques : début par nodosité dure *intérieure*, puis ouverture brusque à la façon d'un abcès; caverne provisoire; et, bientôt après, ulcération rapide, découvrant le fond bourbillonneux de la tumeur.
V. Peut occuper la face inférieure de la langue.	V. Se localise exclusivement sur la face supérieure et les bords de la langue; n'en affecte jamais la face inférieure.
VI. Lésion toujours unique, unilatérale (sauf exceptions extrêmement rares).	VI. Lésion parfois multiple et bilatérale.
VII Lésion constituée par une tumeur ulcérée en surface.	VII. Lésion constituée par une ulcération sans tumeur véritable, dans l'acception propre de ce dernier mot.
VIII. Bords en relief, formant un bourrelet saillant, inégal, irrégulier, renversé, déchiqueté, etc.	VIII. Bords en creux, entaillés en profondeur, nettement découpés, adhérents.
IX. Surface saignante ou disposée à saigner au moindre attouchement.	IX. Fond bourbillonneux et non saignant.
X. Sécrétion abondante, devenant, à une époque avancée, fétide et ichoreuse.	X. Sécrétion minime relativement et non ichoreuse.
XI. Ulcération douloureuse spontanément, lancinante. Parfois, douleurs d'irradiation vers l'oreille.	XI. Ulcération non douloureuse spontanément, non lancinante.
XII. Troubles fonctionnels toujours assez intenses, et parfois très-intenses (immobilisation de la langue; gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition; salivation, etc.).	XII. Troubles fonctionnels bien moindres que dans le cancer. — Langue non immobilisée, comme dans le cancer, du moins au même degré.
XIII. Lésion aboutissant, après un temps donné, à des phénomènes généraux de cachexie.	XIII. Lésion ne produisant pas par elle-même de cachexie.
XIV. Examen anatomique	XIV. Examen anatomique ré-

révélant les caractères de l'épithélioma.	vélant les caractères de l'hyperplasie gommeuse dégénérée.
XV. Ganglions affectés après un certain temps.	XV. Ganglions intacts.
XVI. Nulle influence ou influence nuisible du traitement antisyphilitique.	XVI. Influence bienfaisante exercée par le traitement antisyphilitique.

Du traitement général des glossites tertiaires, il n'y a rien à dire, si ce n'est qu'il doit être celui de la syphilis tertiaire.

M. Fournier insiste sur les doses médicamenteuses qui doivent être ici assez élevées : 3,6 et même 8 à 10 grammes d'iodure de potassium, dont l'emploi est dans ces cas particulièrement indiqué. Ce remède suffit même en général pour amener la résolution des gommes.

Pour les glossites à forme scléreuse, plus rebelles, plus difficiles à modifier, il importe de faire un traitement mixte par les préparations mercurielles et l'iodure. Toutefois il faut éviter de provoquer l'inflammation de la muqueuse buccale, le ptyalisme ; aussi le sublimé mérite-t-il ici la préférence.

Quant aux modificateurs locaux dont l'importance est très-grande, il faut, outre, une hygiène buccale très-soignée, avoir recours contre les glossites scléreuses à des gargarismes, à de véritables bains de bouche à l'eau de guimauve, aussi fréquents que possible ; — à des pulvérisations émollientes ou iodurées (4 grammes pour 250 grammes d'eau distillée) ; — à des cautérisations légères des surfaces excoriées.

Contre les ulcérations gommeuses : gargarismes émollients,— pulvérisations,—attouchements à la teinture d'iode pendant la période d'état ; plus tard, à la période de réparation, cautérisations légères au nitrate d'argent.

L'auteur précise avec soin les indications et les contre-

indications des cautérisations dont l'abus est si fréquent et qui, renouvelées trop souvent, peuvent devenir irritantes et même très-nuisibles.

Nous ne saurions, en terminant, trop recommander la lecture du nouveau mémoire de notre savant et distingué confrère; les lésions tertiaires de la langue, — on vient d'ailleurs de le reconnaître, — y sont décrites, différenciées avec une précision et une clarté qui en rendent la lecture aussi instructive qu'attachante; on y retrouvera toutes les qualités qui ont fait le succès des précédentes publications de l'auteur, fascicules épars qu'il se propose sans doute et que nous serions heureux le voir de coordonner en un traité qui sera le flambeau des praticiens en même temps que l'honneur de notre littérature médicale.

Trois planches chromolithographiées accompagnent cette brochure, elles sont d'une exactitude saisissante et nous adressons à ce sujet nos vives félicitations à l'auteur, M. Méheux. Cliniciens et praticiens, faisons des vœux pour qu'il continue de consacrer son talent si exact à la reproduction des pièces pathologiques.

NATURE ET STRUCTURE DU LUPUS VULGAIRE, par le Dr COLOMIATTI VITTORIO FRANCESCO, assistant à l'école d'anatomie pathologique de Turin.

Dans l'impossibilité de le reproduire *in extenso*, nous nous bornons à citer presque textuellement les conclusions de ce très-remarquable travail, qui ne saurait manquer de susciter de vives discussions. Nous ajouterons qu'il est accompagné de fort belles planches lithogra-

phiques qui éclaircissent singulièrement les descriptions un peu ardues qui suivent.

Les maladies connues sous le nom de *lupus maculeux, tuberculeux, noueux, hypertrophique, exfoliatif, exubérant, serpigineux*, ne sont point des espèces distinctes mais des modalités ou des stades divers d'une même espèce morbide.

Le lupus scrofuleux et le lupus syphilitique méritent le nom de *pseudo-lupus*, car ils représentent simplement la maladie tuberculeuse affectant sur la face une forme *lupoïde*.

La réunion de ces deux formes sous une même dénomination est légitime, car : 1° Friedlander a démontré que la scrofule et la tuberculose sont deux processus dans lesquels se rencontre la même néoformation : le tubercule; 2° Bizzozero, Kœster et Griffini nous ont appris que — dans les ulcères syphilitiques anciens, ulcères du nez, du pénis, des intestins, de même que dans les granulomes de la conjonctive et de l'iris — dans les papules cutanées de la syphilide papuleuse — dans les manifestations syphilitiques tertiaires ou secondaires de la peau, existent de véritables nodules tuberculeux.

Dans la *tuberculose primitive de la peau*, on peut observer *la propagation du processus par la voie des lymphatiques*, ce qui ne se voit jamais dans *le lupus vrai*. Le lupus consiste en une *néoformation à base de tissu connectif, appréciable par les nodosités dont se parsème le derme. Ces nodosités sont constituées par un reticulum semblable à celui des sinus ganglionnaires, traversé par des vaisseaux et des capillaires sanguins et renfermant de nombreuses cellules incolores. Au centre de ces nodosités sont des nodules formés par la continuation du reticulum dont les mailles se sont élargies, et par des cellules épithélioïdes dont quelques-unes sont de véritables cellules géan-*

tes. Elles n'ont du reste avec le reticulum que des rapports de contiguïté; elles représentent le stade avancé des cellules qui, en dehors des nodules, tapissent les fibres et les faisceaux fibrillaires du reticulum.

Le *tubercule* est constitué par des *nodules à cellules géantes polynucléolées* (ces noyaux étant le plus souvent à la périphérie de la cellule) munies de prolongements multiples, contenant souvent eux-mêmes des noyaux. Ces prolongements forment par leurs anastomoses un reticulum au sein duquel se voient des cellules polyédriques semblables à des cellules épithélioïdes et de petits éléments de forme ronde, provenant du tissu de granulation de la périphérie.

Le *véritable lupus* n'a donc guère de ressemblance avec le tubercule. On pourrait le comparer à cette néoplasie que Ziegler obtient expérimentalement en plaçant dans le tissu sous-cutané de la région inguinale chez les chiens ou les lapins deux lames de verre qui se recouvrent bientôt d'un *exsudat réticülé riche en cellules épithélioïdes et en cellules géantes*. Selon cet auteur, de tels éléments ont pour origine les globules blancs extravasés, soumis à un processus irritatif continu, mais ne jouissant que d'une nutrition imparfaite et insuffisante pour donner naissance à du tissu connectif vrai. Il croit ainsi à *la fusion* possible de plusieurs globules arrivant ainsi à ne former qu'une seule cellule. Ce serait là *une variété de néoformation inflammatoire*, ce qui n'est pas prouvé, il est vrai, en ce qui concerne le lupus.

La forme *nodulaire* du *tubercule* et l'existence de *nodules* dans les nodosités du *lupus vrai* sont donc le seul point de contact, en apparence du moins, qui existe entre ces deux maladies, qui diffèrent en réalité l'une de l'autre par la constitution intime de leurs tissus.

L'élément commun qui pourrait fournir un argument à

leur identité est la *cellule géante*, qui d'ailleurs se retrouve dans bien d'autres tissus non spécifiques, soit normaux, soit pathologiques. On peut la rencontrer en effet — dans les inflammations simples des séreuses (Kundroth), de la cornée, des os, etc. (Stricker, Heitzmann) — après l'introduction des corps étrangers dans la cavité péritonéale (Heidenhain), où elle subit la dégénérescence graisseuse — autour des caillots résultant de la coagulation du sang frais introduit dans le tissu sous-cutané des animaux (Langhans) — dans l'intérieur des alvéoles pulmonaires atteintes de pneumonie chronique — dans les alvéoles du cancer — dans la lèpre, et les maladies consécutives à l'absorption des produits morbides de l'ostéite et de la carie (Kölliker, Wegner, Bassini, Koniz, Rustitzky) — dans beaucoup de sarcomes de la moelle des os et du périoste — dans d'autres sarcomes indépendants des os et auxquels Virchow a donné le nom de *sarcomes giganti-cellulaires* — dans certains cas d'hypergénèse rapide de l'épithélium cornéen (Ziéloncko) et dans les portions périphériques des pustules varioleuses (Weigert). On le voit, le diagnostic du tubercule exige que l'on ne se borne point à la constatation de la cellule géante, qui en est un élément constant. Il doit être surtout basé sur sa forme, et la présence des *nodules* non vasculaires, invisibles à l'œil nu, qui par leurs groupements donnent lieu à des nœuds de volume variable, et dont l'évolution est tellement rapide qu'ils subissent à courte échéance la dégénérescence granuleuse ; c'est pour cette raison qu'on n'a guère l'occasion de les observer qu'à l'état caséeux.

Dans le lupus vrai au contraire, la cellule géante n'est pas constante ; mais on voit régulièrement dans les nodules les cellules *épithélioïdes* et quelques cellules animées de mouvements (semovente) qui jouissent d'une vie assez longue pour qu'on puisse les trouver intactes dans des lupus,

si considérable qu'en soit la durée, s'ils sont restés à l'abri de l'ulcération et de la résolution. (*Annali universali di medicina d'Omodei*, année 1875, volume CCXXXIV.)

LOUIS JULLIEN.

OBSERVATION D'HERPÈS ZOSTER DU BRAS A RÉPÉTITION, par KAPOSI (*Medic. Wochenschr.*, nos 22 et 33, 1875).

En 1874, Kaposi a publié l'observation d'un zona, qui avait récidivé au bout de 56 jours de guérison. Depuis cette époque de nouvelles récidives se sont produites, toujours aux mêmes points. A la fin de juillet 1876, la seconde éruption (première récidive) était complétement effacée ; 5 mois 1/2 plus tard, le 15 janvier 1875, deuxième récidive. Sur le bras droit, l'épaule et la poitrine du même côté, on voyait les traces des éruptions précédentes. La nouvelle poussée s'était faite sur la face dorsale de l'avant-bras droit. Le 8 juin 1875, c'est-à-dire 4 mois à peu près après la dernière éruption, troisième récidive. En octobre, 4 mois après une nouvelle guérison, quatrième récidive. La première récidive occupait le trajet des mêmes rameaux nerveux que la première poussée ; la deuxième et la troisième restèrent limitées au bras et à l'avant-bras ; la quatrième se cantonna d'abord à la région de l'acromion, puis se répandit ensuite au niveau du bord de l'omoplate, de la septième vertèbre cervicale des première et deuxième dorsales, et de la partie antérieure de la sixième côte.

CH. SCHWARTZ.

Le Congrès périodique international des sciences médicales (5e session, 1877) se tiendra à Genève du 9 au 15 septembre.

SECTIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ

ET RAPPORTS PRÉVUS.

Ire SECTION. — *Médecine.*

1. Ulcérations de l'estomac. Prof. Dr Lebert.

2. Affections parasitaires de la peau. Dr Hardy, prof. de clinique médicale à Paris.

3. Étiologie de la fièvre typhoïde. Dr Bouchard, médecin des hôpitaux, prof. agrégé de la faculté de Médecine de Paris.

4. Traitement de la fièvre par les bains. Dr De Cévenville, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne.

5. Du sort des tissus implantés dans l'organisme. Dr Zahn, prof. d'anatomie pathologique à Genève.

6. Indication et valeur thérapeutique de la trachéotomie dans le croup. Dr Revilliod, prof. de clinique médicale à Genève.

6. Pharmacopée universelle. Prof. Gille de Bruxelles.

IIe SECTION. — *Chirurgie.*

1. Méthode hémostatique d'Esmarch. Dr Esmarch, prof. de clinique chirurgicale à Kiel.

2. Influence du traumatisme sur la grossesse et réciproquement. Dr Verneuil, prof. de clinique chirurgicale à Paris.

3. Traitement de l'ozène. Dr Rouge, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne.

4. Résultats définitifs des résections articulaires. Dr Ollier, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

5. Galvanocaustique. Dr Julliard, prof. de clinique chirurgicale à Genève.

6. Baraquement de transport des blessés.

7. Des fistules péniennes. Dr J.-L. Reverdin, chirurgien

adjoint de l'hôpital cantonal, prof. de pathologie externe et de médecine opératoire à Genève.

IIIe SECTION. — *Accouchement. Gynécologie.*

1. Souffle placentaire. Dr RAPIN, de Lausanne.
2. Alimentation artificielle des enfants du premier âge. Dr ZWEIFEL, prof. d'obstétrique et de gynécologie à Erlangen.
3. Anesthésie pendant l'accouchement. Dr PIACHAUD, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève.
4. De la loi d'accroissement des enfants pendant leur première année et de ses déviations physiologiques et pathologiques. Dr ODIER, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève.
5. Dysménorrhée pseudo-membraneuse. Dr GAUTIER, médecin de l'hôpital Butini à Genève.

IVe SECTION. — *Ophthalmologie*, etc.

1. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. Dr MAGNAN, médecin de l'hôpital St-Anne à Paris.
2. Influence des adultérations des liqueurs alcooliques sur la santé de ceux qui les fabriquent et les consomment. Dr GUILLAUME de Neuchâtel (Suisse).
3. Question de géographie médicale. Dr R.-Cl. LOMBARD, de Genève.
4. Influence de l'immigration de la population des campagnes dans les villes. Dr DUNANT, prof. d'hygiène à Genève.

Ve SECTION. — *Sciences biologiques.*

1. Caractères physiques de la décharge électrique de la torpille. Analogies physiologiques de cette décharge avec la contraction musculaire. Dr MAREY, prof. au collége de France.
2. Localisations cérébrales. Dr BROADBENT, médecin et prof. à l'hôpital St-Mary, Londres.

3. De la cause du sommeil. Dr Preyer, prof. de physiologie à Jena.

4. Entozoaire de l'homme. Dr C. Vogt, prof. à l'Université de Genève.

5. Fonctions de la rate. Dr Schiff, prof. de physiologie à Genève.

6. Histologie de l'œuf et rôle du zoosperme dans la fécondation. Dr H. Fol de Genève.

7. Antagonisme physiologiqne. Dr Prevost, médecin en chef de l'hôpital cantonal, prof. de thérapeutique, Genève.

VIe SECTION. — *Ophthalmologie*, etc.

1. Indications de l'énucléation du globe de l'œil dans ses rapports avec l'ophthalmie sympathique. Dr Warlormont, de Bruxelles.

2. Étiologie et prophylaxie de la myopie. Dr Haltenhoff, de Genève.

3. Quelles sont les meilleures méthodes pour déterminer l'étendue des principales fonctions de l'organe visuel : *a*) acuité, *b*) perception des couleurs, *c*) réfraction et accommodation, *d*) champ visuel (vision indirecte), *e*) mobilité de l'œil, Dr H. Fol, de Genève.

4. Ténotomie du tensor tympani. Dr Colladon, de Genève.

SECTION D'EXPOSITION.

Il sera fait, pendant la durée du Congrès, une exposition des appareils ou instruments nouveaux usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, etc.

Les objets eux-mêmes devront être envoyés francs de port et de douanes à l'adresse suivante :

Direction de l'exposition du Congrès médical,

Dr J.-L. Reverdin, place du Lac, Genève.

Ils devront parvenir à la direction avant le 1er septembre prochain.

MM. les exposants devront faire connaître le plus tôt possible, et en tous cas *avant le* 15 *août*, l'espace dont ils ont besoin pour leur exposition.

Les frais d'exposition seront à la charge dos exposants.

LIVRES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL.

A practical treatise on diseases of the skin, by p of. Louis-A. DUHRING. 1 vol. in-8°, Philadelphia, 1877, chez J.-B. Lippinco et Cie.

Clinique des nouveau-nés. L'athrepsie, par le professeur J. PARROT, 1 vol. in-8° avec 13 pl. Paris, 1877, chez G. Masson. Prix : 18 fr.

Conséquences individuelles et sociales de l'ulcère syphilitique, par le Dr SOLARI, broch. in-8°, 1877, Paris, chez A. Delahaye et Cie.

Guide médical aux eaux minérales d'Auvergne, par le Dr F. PUY LE BLANC. 1 vol. in-12, 1877, Paris, chez A. Coccoz. Prix : 2 fr.

Traitement de la variole par les bains froids, par le Dr E. CLÉMENT, broch. in-8° avec pl., 1877. Lyon, chez Henri Georg.

Analysis of seven hundred and seventy — four cases of skin disease, by DUNCAN BULKLEY, New-York ,1877, chez Appleton et Cie.

Des glossites tertiaires (glossites ulcéreuses, glossites gommeuses), leçons professées par le Dr Alfred FOURNIER, Paris, 1877, chez Delahaye et Cie. Prix : 4 fr.

De la symétrie dans les affections de la peau, par le Dr Léo TESTUT, Paris, 1877, chez Delahaye et Cie. Prix : 7 fr.

Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive, par le Dr Claude SAVY, Paris, 1876, chez A. Delahaye. Prix : 2 fr.

Recherches sur la question de l'innocuité du lait provenant de nourrices syphilitiques, par le Dr Ernest GALLOIS, Paris, 1877, chez A. Delahaye. Prix : 2 fr.

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont, 12, rue du Bac-d'Asnières. (84, 8-7.)
Le gérant, G. MASSON.



ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I

ÉTUDE SUR LES DERMOPATHIES RHUMATISMALES OU ARTHRITIDES RHUMATISMALES, par M. le Dr Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(*Suite et fin.*)

II

DERMOPATHIES RHUMATISMALES PROPRES ; ATHRITIDES RHUMATISMALES.

Si l'existence d'éruptions cutanées démontrées rhumatismales par l'intimité de leurs rapports avec les arthropathies aiguës ou chroniques est à peu près généralement acceptée, il n'en est plus de même alors que la dermatose naît isolément sous l'influence de la maladie constitutionnelle dont elle est alors l'émanation directe. Et cependant la réalité des dermopathies rhumatismales propres nous apparaît de plus en plus incontestable à mesure que nous observons plus de malades et que nous pénétrons plus

avant dans l'étude de la dermatologie. Nous n'avons garde de songer à imposer notre conviction ; nous ne voulons pas davantage dissimuler ni atténuer les côtés obscurs ou contestables du sujet; nous faisons simplement appel à l'observation impartiale de chacun, en exposant brièvement les sommaires de la question.

I. — Quelque vague et indéterminée que soit encore aujourd'hui la dénomination d'*arthritique*, celle-ci est, en fait, au moins dans ce pays, appliquée aujourd'hui par beaucoup de médecins à une série d'*affections* et à une catégorie de *malades* véritablement considérable. Souvent, il faut le dire, la dénomination est donnée quelque peu arbitrairement ; mais cependant il est incontestable qu'il y a dans l'idée que synthétise l'arthritis quelque chose de vraiment médical, et, dans les caractères qu'on lui assigne, des moyens précieux de rattacher à une cause vraisemblable toute une multitude de faits particuliers jusque-là incompris.

Fût-elle exagérée, excessive, imparfaite, la notion introduite avec tant de force et de talent par Bazin dans la pathologie cutanée et, de là, dans la nosologie tout entière, n'en a pas moins éclairé d'une lumière nouvelle la série confuse des affections de la peau et réalisé un progrès considérable dans la médecine pratique. Malheureusement l'arthritis, qui comprend à la fois la goutte et le rhumatisme, affecte encore avec la scrofule, avec ce que l'on appelle l'herpétis, et même avec certains états constitutionnels classés ou à classer, des rapports si multipliés, que l'observateur prudent et de bonne foi demande un peu plus de lumière encore dans un sujet aussi obscur, et voit la nécessité absolue d'apporter dans les termes une sévérité plus grande. L'illustre Bazin s'est attaché à montrer qu'il existait une classe de dermatoses liées à la fois à la goutte et au rhumatisme

(et sans doute à d'autres choses encore, mais en tout cas distincte de toutes les autres); cela est un grand progrès, mais non une solution définitive. Alors même que la question (qui embrasse la totalité des maladies constitutionnelles) serait circonscrite à la goutte et au rhumatisme, ces deux entités morbides, quelques connexions qu'elles offrent, sont deux choses différentes; il n'y a plus seulement à envisager les dermatoses « arthritiques », les « arthritides », il faut diviser celles-ci en deux groupes, les *arthritides goutteuses*, les *arthritides rhumatismales*, ces dernières (dans notre pays, où la goutte est relativement rare, et dans la classe la plus nombreuse de la société où elle est *absolument* rare) devant être de beaucoup les plus nombreuses.

Qui ne sait, en effet, que dans notre hôpital Saint-Louis, par exemple, où les « arthritides » de Bazin *pullulent*, on ne voit pas plus de *goutteux* que dans tous les autres hôpitaux de Paris, où la maladie est véritablement à peu près inconnue? Depuis plusieurs années, je cherche sans relâche chez ces malades, « arthritiques » de par leur dermatose, la goutte constitutionnelle; *elle fait toujours défaut*: les uns sont des scrofuleux confirmés qui, vers la puberté ou à l'âge adulte, sont devenus soit rhumatisants articulaires, soit frappés de rhumatisme des nerfs, des muscles, etc. Les autres ont seulement quelque caractère extérieur d'arthritisme indéterminé, l'alopécie précoce, par exemple, ou sont soumis aux *causes* du rhumatisme, mais n'en ont jamais présenté de manifestation préalable; quelques-uns, parmi ceux-ci, ont des antécédents de *famille* plus ou moins manifestement rhumatismaux; mais il en est un grand nombre, le plus grand nombre, chez qui l'hérédité ne montre rien que la prédisposition générale à toutes les maladies de dépression; et parmi ceux-là presque tous ont présenté dans l'enfance une ou plusieurs de ces affections classées en bloc dans la scrofule par le seul fait de

leur développement durant le jeune âge (classification d'ailleurs entièrement à refaire). Ainsi donc des rhumatisants, des scrofuleux, des débilités, des victimes de l'alcoolisme, de la misère, des sujets dont le classement constitutionnel est très-discutable ; voilà les sujets chez qui l'on rencontre les dermopathies qui répondent plus ou moins exactement au type des arthritides de Bazin. Quant aux goutteux, encore un coup, c'est en vain que nous en chercherions dans cette foule absolument soustraite à l'étiologie de la goutte, mais extrordinairement exposée, à la fois, aux conditions efficientes du rhumatisme et à toutes les autres causes locales ou générales très-nombreuses de dermopathie.

II. — Nous ne recherchons pas ici, qu'on veuille bien le remarquer, — car ce n'en est pas le lieu — s'il existe quelques dermopathies directement liées à la surcharge urique de la goutte, ou à l'uricémie, ou à d'autres dyscrasies classées ou à classer ; nous nous demandons simplement s'il existe des *dermatoses rhumatismales* au même titre qu'il y a des myopathies, des névralgies, des viscéralgies, dont on ne conteste pas le caractère rhumatismal bien qu'elles existent fréquemment indépendantes de localisations articulaires.

On ne supposera pas un instant que la difficulté que nous soulevons ait échappé à Bazin, mais la solution qu'il propose pour la résoudre n'est pas une solution de fait : « S'il est parfois difficile, dit-il, de distinguer la goutte du rhumatisme en présence des phénomènes morbides articulaires, cette distinction devient ordinairement impossible lorsqu'il s'agit des affections dont la peau est le siége. » L'éminent rénovateur de l'arthritis suppose sans doute ici que la distinction des dermopathies ne se peut faire qu'à l'aide de leurs seuls caractères objectifs ; mais est-il nécessaire de dire que si le signe direct fait défaut, en cette circonstance

comme dans toutes les autres analogues, il faut se résigner, pour éclairer la question dans la mesure de nos moyens actuels, à faire appel aux signes indirects : l'état héréditaire du sujet, son type individuel, ses coïncidences pathologiques, les affections antérieures qu'il a présentées, les conditions étiologiques auxquelles il est particulièrement exposé, son genre de vie habituel, etc. Or, de l'enquête attentive à laquelle nous nous livrons depuis plusieurs années sur le terrain même où Bazin a conçu et élaboré ses magnifiques travaux, il ressort que, parmi les sujets qui présentent les « arthritides », on compte beaucoup de rhumatisants, de scrofuleux, d'alcooliques, etc., mais, encore une fois, pas de goutteux ! Assurément, si l'on quitte le terrain hospitalier pour reporter l'enquête dans la classe de la société qui a plus d'affinité pour la goutte, la supposition de cette dernière maladie n'est plus aussi invraisemblable ; mais combien encore le nombre des rhumatisants est-il supérieur à celui des goutteux !

Et cependant, d'après Bazin, les arthritides, qu'elles soient rhumatismales ou goutteuses, n'auraient aucun caractère d'aspect, d'évolution, de durée, de thérapeutique, qui permît de les distinguer ! Cela serait bien important à vérifier eu égard à deux affections dont les conditions étiologiques, la marche, le traitement, diffèrent à ce point ! Il faut dire, cependant, pour être exact, que Bazin ne regarde pas ce problème comme absolument insoluble ; il déclare seulement (se bornant toujours à n'envisager que les caractères propres de la dermopathie) n'avoir à fournir à ce sujet que quelques notions assez vagues, qui lui semblent « destinées à jeter un peu de jour sur cette obscurité. » « Nous avons remarqué, ajoute-t-il, que les arthritides primitives, pseudo-exanthématiques, l'érytème noueux, l'érytème papulo-tuberculeux, l'urticaire, le pityriasis aigu, etc., se liaient de préférence au rhumatisme, tandis que les ar-

thritides fixes, irrégulières et malignes, se rattachaient plus particulièrement à la goutte. » L'auteur ne se prononce pas au sujet des « arthritides secondaires. »

Il n'y a donc de cela à retenir qu'une chose, c'est que ces affections, que nous avons vues affecter des rapports positifs de coïncidence avec le rhumatisme des jointures, sont les seules que Bazin trouve plus fréquemment en rapport avec le rhumatisme qu'avec la goutte. Mais alors, pour tous ces malades de nos hôpitaux qui présentent des « arthritides secondaires », ou des arthritides tardives », quelle est donc leur arthritis, puisque aucun d'eux n'est goutteux, que le plus grand nombre d'entre eux sont rhumatisants et que beaucoup, ou restent indéterminés, ou ne peuvent être convaincus de goutte ni de rhumatisme? Voilà, si je ne me trompe, la question menée à son point dernier, placée sur son véritable terrain; chacun de nous cherche la vérité, et rien autre; les doctrines ou les personnes n'ont rien à faire ici; mais le temps est venu d'enlever les voiles et de montrer les choses telles qu'elles sont en réalité.

III. — Oui, à côté des « dartres », des scrofulides, des syphilides et des dermatoses inclassées, ou de cause externe, il existe une très-vaste collection de dermopathies aiguës ou chroniques qui répondent, non pas absolument (il n'est plus nécessaire aujourd'hui de discuter ce point), mais mieux qu'à aucune autre, à la classe des arthritides de Bazin; mais il faut ajouter immédiatement que non-seulement la plupart de ces « arthritides » sont des *rhumatides* (qu'on veuille bien nous passer un moment cette expression); que les arthritides *goutteuses* sont en infime minorité; et encore que, dans un grand nombre de cas, leurs caractères objectifs se retrouvent chez des sujets scrofuleux, « dartreux » ou autres, mais qui ne présentent, ni les uns ni les

autres, la moindre trace appréciable de goutte ni de rhumatisme. C'est une erreur sans cesse renouvelée de considérer la science médicale comme constituée, et d'oublier qu'à peine ébauchée, elle est sans cesse en voie d'évolution. Au milieu de l'ignorance générale dans laquelle nous sommes sur la nature réelle des divers états morbides constitutionnels, il apparaît quelques points moins obscurs au niveau desquels se concentre une série de faits particuliers, que nous désignons sous les mots de goutte, rhumatisme, dartre, srofule, syphilis, jalons précieux sur la route, mais qu'il ne faut pas considérer comme exclusifs, ni définitifs. Pourquoi vouloir diviser toute la pathologie en autant de groupes seulement qu'il y a de jalons indicateurs, et ne pas reconnaître simplement que beaucoup de faits n'appartiennent, en réalité, à rien qui soit déterminé ni connu? Et pourquoi reproduire, pour la goutte et le rhumatisme, l'erreur déjà produite pour la scrofule dont on a abusivement étendu le domaine? Soumettez toutes ces questions à l'analyse patiente, scientifique, vraiment médicale ; mais abstenez-vous de synthèse prématurée, et n'ajoutez pas une erreur de plus, un système, à tous ces systèmes qui encombrent déjà notre domaine.

La réalité est que certaines affections cutanées *paraissent* se développer surtout chez des sujets rhumatisants par hérédité ou par accident, le plus ordinairement chez des rhumatisants manifestes du fait d'affections articulaires, musculaires ou autres antérieures, mais parfois aussi à titre de localisation première, et sous l'influence des causes propres du rhumatisme ; la réalité est encore que certaines d'entre elles semblent, parfois, *alterner* avec des localisations articulaires ou abarticulaires de la maladie. Il est également difficile de contester que ces mêmes affections cutanées offrent certains caractères *particuliers* mais *non exclusifs*, comme on a eu tort de le prétendre, et auxquels il est aussi *inexact*

de refuser toute valeur relative que d'accorder une signification absolue. Il en est en cela, d'ailleurs, des arthritides rhumatismales comme des affections même les plus hautement spécifiques, dont la spécificité n'est pas *toujours* absolue ; je n'hésite pas à affirmer que plusieurs dermopathies *non* syphilitiques se larvent à ce point sous les caractères les plus parfaits de la syphilis, que le syphiligraphe le plus consommé serait exposé à les méconnaître s'il voulait se borner à la seule considération des signes objectifs.

IV. — Les éruptions que l'on peut actuellement rattacher au rhumatisme aigu sont, au premier rang, les érythèmes pseudo-exanthématiques polymorphes : érythème scarlatiniforme, simple ou desquamatif ; érythème ortié, urticaire *a frigore ;* érythème noueux arthralgique ; érythème nummulaire, marginé, festonné, érythème hémorrhagique aigu, purpura à forme exanthématique ; hydroa simple ou vésiculeux : pityriasis rosé généralisé ; quelquefois apyrétiques plus souvent légèrement fébriles dans les premiers jours, exceptionnellement accompagnés d'une fièvre intense, d'une température élevée, et de localisations viscérales tout à fait analogues à celles du rhumatisme articulaire aigu, alors même que les jointures restent indemnes complétement ; l'endocardite est la plus habituelle de ces localisations. Ce sont là les véritables *dermatoses rhumatismales aigues ;* elles n'ont rien de commun avec la goutte ; leur nature rhumatismale est rendue vraisemblable, sinon démontrée, par la fréquence des rapports qu'elles affectent avec les arthropathies rhumatismales, leur condition étiologique qui n'est souvent autre qu'un refroidissement, leur développement chez des sujets rhumatisants à un titre quelconque. Mais ces affections sont-elles *toujours* rhumatismales ? rien ne permet de l'affirmer. Reconnaissent-elles pour cause manifeste un refroidissement, ont-elles déjà eu lieu dans

des conditions analogues, cela constitue une *présomption* de quelque valeur, non une certitude ; se sont-elles développées chez un sujet manifestement rhumatisant, c'est un degré de probabilité assez élevé ; sont-elles enfin hautement fébriles, accompagnées de localisations articulaires ou endocardiques, c'est une véritable certitude, au sens médical du mot.

Bien que nous reconnaissions que le siége, la coloration, la forme, la disposition, la marche de ces dermatoses méritent grande considération, nous ne croyons personne autorisé par des faits démonstratifs à déclarer que le diagnostic en puisse être établi sur les seuls caractères extérieurs. Assurément la pneumonie se diagnostique souvent par un seul coup d'œil jeté sur un malade, ou par un seul caractère manifeste, la rougeur des pommettes, l'herpès de la lèvre, la couleur des conjonctives, un crachat rouillé, le point de côté, etc.; cela n'empêche pas qu'aucun de ces caractères n'ait une valeur absolue. Il ne faut pas confondre ici l'impression diagnostique avec le diagnostic vrai ; celui-ci ne *s'improvise* jamais ; en médecine pratique exacte il se *déduit* de *l'ensemble* des caractères de l'affection et de l'étude des circonstances accessoires ; c'est l'ensemble des données recueillies qui constitue ce diagnostic plus ou moins certain, selon la somme ou la valeur des données réunies. La règle est la même en dermatologie qu'en nosologie générale, et tout médecin pourvu d'une bonne méthode nosologique, et habitué à l'analyse clinique exacte, peut en semblable circonstance se rendre compte par lui-même de la réalité des faits.

V.—Ces dermatoses rhumatismales aiguës sont toutes des affections congestives, fluxionnaires, hémorrhagiques même parfois, et phlycténoïdes, mais non phlegmasiques vraies ni phlegmoneuses ; avant d'accorder la même qualification

à d'autres affections plus individualisées, il faut bien préciser les termes de la question. L'*érysipèle*, par exemple, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, n'est pas sans affecter quelques rapports avec le rhumatisme aigu ou chronique des articulations, tantôt comme complication (c'est alors un érysipèle secondaire qui n'a rien de rhumatismal), tantôt comme localisation rhumatismale, mais alors constituant en réalité plutôt une dermatose à forme d'érysipèle qu'un érysipèle vrai ; aussi c'est à dessein que nous avons omis de ranger l'érysipèle *vrai* parmi les dermatoses rhumatismales aiguës *isolées* dont nous venons de nous occuper. Les auteurs récents qui ont présenté sous des couleurs assez vives les attaches rhumatismales de certains érythèmes, peut-être de quelques lymphangites cutanées qu'ils ont trop facilement décorées du nom d'érysipèles, ont dépassé le but : non-seulement un rhumatisant n'a aucune raison d'être à l'abri de l'érysipèle, mais encore il y est prédisposé, comme à toutes les affections de cet ordre, par son état pathologique, et, d'autre part, l'affection fébrile, une fois développée, peut être *l'occasion* d'une explosion rhumatismale du côté des jointures chez un sujet prédisposé, sans que l'on soit en droit d'en conclure pour cela que l'érysipèle était lui-même rhumatismal. Quant aux érysipèles développés *secondairement* au rhumatisme, que l'on veuille bien apporter un peu de sévérité dans le diagnostic de la dermopathie, et l'on verra que ce sont toujours des érythèmes diffus, ou des placards d'érythème *marginé* dont la *bordure* est trop aisément prise pour *bourrelet*, et dont les soulèvements épidermiques sont confondus avec les phlyctènes de l'érysipèle.

Cette erreur d'interprétation n'est, d'ailleurs, que la continuation d'une confusion séculaire reposant, en principe, sur l'extension exagérée donnée par les anciens au-

teurs à l'acception du mot érysipèle ; lorsqu'on lit leurs descriptions, il ne faut jamais accepter cette dénomination que sous bénéfice d'inventaire : cherchez par exemple ce que Sydenham entend par érysipèles du rhumatisme, et vous verrez qu'il comprend sous cette même désignation tous les érythèmes et la fièvre ortiée. Stoll, qui a noté à plusieurs reprises la coexistence des rhumatismes et des érysipèles, parle bien, pour l'été de 1777 par exemple, de fluxions « de nature érysipélateuse », coïncidant avec les fièvres et les dyssenteries rhumatismales, mais il ne désigne par ces mots que la rougeur intense avec hyperesthésie qui s'observe au niveau de quelques articulations rhumatisées ; quand il rapporte qu'en septembre 1779 une jeune fille eut les deux jambes attaquées alternativement « d'érysipèles », lisez érythème noueux ; etc., etc. En aucun point ces auteurs anciens, que l'on cite régulièrement comme ayant démontré surabondamment la nature rhumatismale de l'érysipèle vrai, n'ont fait cette démonstration; et les auteurs récents qui se sont appuyés sur leurs déclarations ne les avaient pas suffisamment vérifiées. La coïncidence de l'endocardite avec certains cas d'érysipèle est un fait d'une grande importance et d'un grand intérêt, mais cette coïncidence n'entraîne, en aucune manière, la nature rhumatismale de l'affection cutanée, qui la peut produire par une autre influence. Je n'ignore pas, d'autre part, que Verneuil a montré les rhumatisants comme particulièrement exposés à l'érysipèle à la suite des opérations chirurgicales, et qu'il range le rhumatisme parmi les causes des érysipèles récidivants. Il n'y a pas lieu de contredire à cette observation d'un haut intérêt pratique ; mais il n'est pas permis d'en inférer autre chose si ce n'est que les opérés rhumatisants sont dans des conditions particulièrement défectueuses au point de vue de la marche des plaies. L'érysipèle vrai, il ne faut pas l'oublier, est une affec-

tion spéciale, spécifique, qui ne peut pas être tantôt rhumatismale et tantôt d'une autre nature; la nomenclature médicale est ici en défaut. Les « érysipèles » rhumatismaux, véritablement, sont des pseudo-érysipèles, et il faut chercher à ces dermatoses une autre dénomination basée sur une analyse clinique et anatomique plus exacte.

En résumé, sans nier que l'état de rhumatisme ne soit une cause prédisposante de l'érysipèle vrai, sans contester que l'on rencontre assez fréquemment cette affection chez les rhumatisants constitutionnels, nous ne saurions admettre l'existence d'un érysipèle rhumatismal proprement dit avant qu'il n'en ait été donné de meilleure démonstration; et nous considérons comme certain que la plupart des érysipèles secondaires au rhumatisme sont des pseudo-érysipèles, des affections à forme d'érysipèle. En tout cas, il est nécessaire de réagir contre l'abus qui a été fait, et qui est encore fait, de cette désignation que l'on applique à tort à une série de lésions cutanées qui n'ont avec l'érysipèle que des rapports de forme extérieure.

VI. — Les dermopathies que nous avons indiquées jusqu'ici empruntent l'authenticité de leur nature rhumatismale à la fréquence et à la netteté de leurs relations avec des localisations déterminées de la maladie; il n'en est plus de même, à un égal degré, pour les affections qu'il nous reste à indiquer, et que l'on a laissées, jusqu'ici, confondues dans le vague de l' « arthritisme » : eczéma, psoriasis, prurigo et lichen, acné, etc., etc. On les observe bien, à la vérité, coïncidant ou alternant parfois avec des manifestations positives de la goutte ou du rhumatisme (non plus aigu, mais chronique), ou encore chez des sujets qui ont manifestement le stigmate goutteux ou rhumatismal; mais aussi combien de ceux qui les offrent n'ont-ils, à aucun titre, aucune trace de goutte ni de rhumatisme; et combien

d'affections de cet ordre ne se rattachent à aucun état constitutionnel démontré ou démontrable ! Si encore il ne s'agissait que de goutte, de dyscrasie urique ou d'uricémie, on pourrait à la rigueur espérer que l'on trouvera dans l'analyse du sang, ou des sécrétions morbides de la peau, la preuve matérielle de l'exsudation chimico-pathologique à laquelle on a supposé que l'affection cutanée pouvait être rattachée (Gigot-Suard) ; mais dans le rhumatisme, qui n'a pas de matière dyscrasique définie, rien de ce genre ne peut être invoqué ; c'est donc seulement, dans l'état actuel de la science, sur l'étude des conditions propres du sujet, et d'après les caractères extérieurs des efflorescences cutanées, que la nature rhumatismale d'une dermopathie peut être déterminée.

Quant au renseignement *a posteriori* que pourrait fournir l'action de la thérapeutique, il est bien précaire quand il s'agit de rhumatisme, c'est-à-dire d'un état pathologique dont l'évolution est si peu modifiée par l'action des agents médicamenteux. Assurément, le *traitement alcalin*, par exemple, convient bien à certaines dermatoses jugées arthritiques ; mais il ne convient pas à toutes et il convient à diverses qui ne sont pas arthritiques ; plusieurs de ces dernières, enfin, guérissent à merveille, soit par les moyens externes, soit par le cours naturel de l'affection, soit encore par les arsenicaux ou les sulfureux. Sur ce dernier point, la protestation d'un grand nombre de médecins hydrologistes contre l'exclusion systématique des sulfureux et des arsenicaux du traitement d'une catégorie tout entière de dermatoses est, de tout point, légitime. Lorsque Lambron affirme qu'un certain nombre des arthritides de Bazin guérissent parfaitement par les eaux sulfurées de Luchon, pourvu qu'elles soient passées à l'état chronique, il exprime un fait d'observation que nous considérons comme incontestable ; mais lorsque cet éminent mé-

decin déclare que cette guérison par les sulfureux établit que Bazin réunit sous la dénomination d'arthritides des affections de nature différente, il n'est plus aussi absolument dans le vrai, rien ne démontrant que les dermatoses arthritiques soient *ipso facto* réfractaires au traitement par les sulfureux à toutes les périodes de leur évolution. Si, laissant de côté les dermatoses et les eaux sulfureuses naturelles, j'invoque mon expérience personnelle sur le traitement d'un grand nombre de manifestations rhumatismales *articulaires* ayant dépassé la période aiguë, je ne trouve aucun agent externe qui semble agir plus efficacement que le bain sulfureux convenablement dosé et administré ; quelques années de pratique à l'hôpital Saint-Louis permettent de vérifier ce fait de la manière la plus positive. Je n'hésite pas à déclarer que l'exclusion ne doit pas s'étendre davantage à la *médication arsenicale*, interne ou externe, laquelle peut trouver, même dans les arthritides les plus authentiques, son moment d'indication, son heure d'opportunité.

VII.—C'est doncseulement par la réunion des caractères *actuels* ou *antécédents* de l'état constitutionnel du malade, aux phénomènes objectifs de l'affection, que la nature rhumatismale de cette affection peut être déterminée sûrement, et son traitement précisé ; les caractères extérieurs, en effet, qui ont été attribués à l'arthritits, c'est-à-dire à la goutte et au rhumatisme *réunis*, n'ont par eux-mêmes qu'une valeur relative, et surtout ils ne se réunissent pas constamment, tant s'en faut, en assez grand nombre et assez évidents pour emporter par eux-mêmes la conviction. Bazin n'a pas manqué de le déclarer, et il a reconnu que pas un des caractères assignés par lui aux arthritides n'était « assez constant ni assez exclusif pour que l'on soit autorisé à baser sur sa présence ou sur son absence un jugement

avec quelque certitude. C'est le *concours* ou l'ensemble de ces caractères qui fait leur valeur. »

On peut représenter exactement la réalité en disant qu'il n'existe dans les *phénomènes objectifs* des affections cutanées, supposées rhumatismales, ou propres aux rhumatisants, aucun caractère de spécificité, mais qu'elles offrent véritablement des particularités positives dont la détermination est loin d'être indifférente ; ce sont des *indices de probabilité* de valeur inégale, mais qui, lorsqu'ils sont bien nets, et réunis en un certain nombre, *ne doivent plus être méconnus*. La forme *nummulaire*, ou *bien circonscrite*, la coloration *rouge intense*, très-congestive, variqueuse et hémorrhagique parfois, la sécrétion pathologique *peu abondante*, sont au nombre des caractères les moins contestables des éruptions rhumatismales ; quant aux indices tirés du siége topographique des lésions, de leur groupement, du siége particulier des troubles de la sensibilité, etc., ils sont également loin d'être sans valeur, mais ils ne sauraient être mis sur le même plan que les précédents.

VIII. — Parmi les affections cutanées qui nous ont semblé le plus fréquemment se rattacher en réalité à la maladie rhumatismale, au rhumatisme constitutionnel, nous signalerons particulièrement l'*eczéma manuale*, nummulaire, circonscrit, rapidement sec ou peu suintant, l'*eczéma pilare*, si commun chez l'homme, du sillon sous-nasal de la lèvre supérieure, et que l'on désigne improprement sous le nom de sycosis, le *psoriasis solitaire* ou très-discret, l'*acné rosée* de la face, l'*acné pilaris* cicatricielle de la face et du cuir chevelu, l'*hydroa vésiculeux*, le *prurigo d'hiver*, etc.

Nous constatons et faisons si fréquemment constater publiquement les relations étroites qui unissent ces diverses dermatoses au rhumatisme ; nous trouvons, d'autre part,

leurs caractères objectifs si souvent uniformes dans ces circonstances, que nous attendons avec confiance le contrôle de l'observation ultérieure.

IX. — Je n'ai malheureusement pas trouvé dans l'*épreuve thérapeutique* la confirmation absolue de la valeur décisive attribuée par Bazin à l'emploi des alcalins dans le traitement des dermatoses rhumatismales. Assurément je proclame après lui la médication alcaline comme la moins inefficace dans quelques dermatoses rhumatismales, mais je me fais un devoir de déclarer également qu'il n'y a là aucune spécificité d'action. Le rhumatisme, dans aucune de ses manifestations, n'a trouvé de médication spécifique, il serait bien extraordinaire que les dermatoses fissent exception à cette règle.

De même que pour toutes les altérations morbides de tout ordre, il est quelques affections cutanées rhumatismales pour qui toute thérapeutique est sans effet; de même encore que pour les premières, il en existe un grand nombre dans lesquelles les moyens extérieurs les plus simples, le repos, les bains appropriés, les émollients locaux et parfois l'expectation simple, réussissent à merveille sans le concours d'aucun agent médicamenteux interne.

Cette *bénignité* relative d'un grand nombre de dermatoses *rhumatismales* constitue un de leurs meilleurs caractères propres, et les distingue très-remarquablement des affections de la dartre, de la scrofule, ou même de la syphilis. Si nous voulions, par un aphorisme *très-excessif*, exprimer énergiquement notre pensée sur ce sujet, nous dirions que, parmi les affections cutanées, celles qui guérissent toujours sont des « arthritides », celles qui ne guérissent jamais des « herpétides » ou des scrofulides.

Je ne veux pas insister davantage et donner ici acte plus

explicite des résultats d'une enquête en cours d'exécution, mais non terminée. Je me borne à affirmer, en ce qui concerne la médication alcaline, qu'elle est, en réalité, une ressource précieuse dans le traitement de plusieurs dermatoses rhumatismales chroniques ou subaiguës, mais, en aucune manière, une médication spécifique, dont l'insuccès puisse conduire à la négation de la nature rhumatismale de l'affection traitée, ou dont le succès autorise l'affirmation. Je déclare qu'un grand nombre de ces dermatoses sont rapidement menées à bien par une médication externe sédative extrêmement simple ; je donne enfin pour certain que la plupart de ces affections, arrivées à leur décours, ou entrées dans la période torpide, sont encore justiciables parfois de la médication alcaline interne ou externe, mais que les eaux sulfureuses et salines, de même que diverses médications purement locales, en accélèrent le plus souvent la guérison.

II

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite,)

DESCRIPTION CLINIQUE DES GOMMES MUSCULAIRES.

Symptômes du début : Absence de douleurs vives. — Dureté diffuse faisant corps avec le muscle, s'immobilisant ou se déplaçant avec lui, se moulant sur sa forme, etc.
Symptômes de la période d'état : la tumeur se constitue et se dégage du tissu musculaire. — Ses formes. — Sa consistance. — Sa mobilité. — État de la peau et des parties voisines de la tumeur.
Troubles fonctionnels : — Indolence de la tumeur. — Gêne du mouvement. — Phénomènes morbides dus à la compression.
Symptômes de la période de régression : adhérence, rougeur, amincissement, perforation de la peau. — Ulcération. — Inflammation. — Gangrène.
Divers modes de terminaison des myomes syphilitiques : ramollissement. — Résolution. — Sclérose.
Diagnostic : antécédents. — Coïncidences pathologiques. — Diagnostic du siége. — Sarcomes. — Fibroïdes.

Je passe maintenant à l'étude clinique des myomes syphilitiques. Il est indispensable d'examiner avec le plus grand soin toutes les circonstances symptomatologiques de leur processus pour résoudre la question du diagnostic, qui n'est pas toujours sans difficultés.

Il arrive rarement que l'apparition des myomes syphilitiques soit précédée de vives douleurs. On observe plutôt, dans l'endroit où elle doit se faire, un sentiment plus ou moins pénible de gêne, qui s'exaspère pendant la contraction du muscle. Mais en même temps que le trouble local de la sensibilité, il peut exister les douleurs ostéocopes caractéristiques ou des céphalées propres à la période des productions gommeuses. A cette période du myome, on ne découvre pas encore de tumeur proprement dite ; il n'y a qu'un simple changement de consistance dont il n'est possible de se rendre compte que pendant le relâchement du muscle. C'est une dureté diffuse, homogène, profonde qui fait corps avec l'organe et est dégagée de toute connexion avec le tissu cellulaire sous-cutané, et qui s'immobilise ou peut être déplacée suivant que les fibres musculaires sont au repos ou en état de contraction. Quand on palpe cet empâtement dur, on ne peut pas le circonscrire; il se confond insensiblement par ses bords avec le tissu musculaire qui l'environne et reste ainsi pendant plus ou moins longtemps indécis dans ses contours. Sa forme se modèle presque toujours sur celle du muscle et elle épaissit dans tous les sens la portion qu'elle a envahie. Une douleur sourde, accrue par la palpation et par la contraction musculaire, parfois des élancements, un obstacle qui semble empêcher le muscle d'obtenir le maximum en effort contractile, mais n'apporte qu'une gêne modérée à l'exercice de ses fonctions, tels sont les troubles physiologiques de cette première période.

On comprend du reste qu'il doit exister une grande variété dans ces symptômes suivant la position du muscle, l'étendue de la production morbide, l'indolence ou l'activité de son processus. Lorsque par exemple les myomes syphilitiques sont très-superficiels et évoluent rapidement, la peau qui les recouvre peut être légèrement altérée ; elle

prend une faible teinte violacée et perd de sa mobilité par suite de l'œdème sous-cutané qui se produit à la surface de la tumeur. Mais cette participation de la peau et des parties voisines de la tumeur, au travail morbide qui s'accomplit dans son intérieur, s'observe surtout, comme je vous l'ai dit, dans les myosites spécifiques, et pour les myomes, pendant la phase de leur ramollissement.

II

Peu à peu et toujours très-lentement, ces productions gommeuses augmentent de volume et se convertissent en véritables tumeurs. Par suite, leur physionomie s'accentue et devient plus personnelle en se dégageant, par des signes caractéristiques, du tissu musculaire d'où elles émergent.

Dans cette période d'état, le volume des gommes musculaires peut acquérir des dimensions considérables; ce ne sont plus alors des nodosités, mais des tumeurs qui s'étalent sur toute une région, envahissent ou refoulent toutes les parties adjacentes.

Leur forme varie suivant les muscles; mais, en général, elle est fusiforme, globuleuse ou ovoïde; elle change du reste avec le temps parce que, à mesure que la tumeur augmente, elle peut être gênée, arrêtée dans un sens ou dans un autre, soit par des os, soit par des aponévroses. Les myomes syphilitiques qui envahissent la partie moyenne du muscle sont en général plus réguliers que ceux de leurs extrémités. On peut apprécier cette forme avec le seul secours de la vue, quand la tumeur fait une saillie considérable au-dessus de la peau, ce qui a lieu pour les muscles superficiels. Mais, pour la déterminer nettement, il faut recourir à la palpation.

Au moyen de ce mode d'exploration on constate que la

tumeur a des contours qu'on peut limiter, sinon dans toute son étendue, du moins dans quelques parties. Si le muscle est très-long et qu'elle en occupe la partie moyenne, on peut la saisir dans tous les sens et juger ainsi exactement de son volume. Mais dans les grands muscles, elle se perd par sa base au milieu de leurs fibres, et l'on n'arrive à explorer que ses bords et sa surface extérieure. Ces bords et cette surface sont réguliers, excepté quand ils contractent des adhérences ou poussent des prolongements sur les parties voisines.

III

La consistance des myomes syphilitiques, pendant la période d'état, est plus ferme qu'au début; elle se distingue facilement, sur presque tous les points, de la flaccidité pâteuse des fibres musculaires pendant le relâchement, et de la dureté particulière qu'elles prennent en se contractant. Cette consistance propre aux tumeurs gommeuses musculaires est donc permanente, c'est-à-dire la même à tous les moments. Elle est même de plus homogène, c'est-à-dire la même sur tous les points.

Un point important dans la symptomatologie des myomes syphilitiques, c'est le plus ou moins de facilité à leur imprimer des mouvements. Cette remarque, qui a été faite par Warren, est applicable du reste à toutes les tumeurs musculaires, quelle que soit leur nature. Ces tumeurs, lorsqu'elles sont confinées dans le muscle et n'ont pas contracté d'adhérence avec les parties voisines, ont toujours un degré plus ou moins grand de mobilité qui est variable suivant les muscles. Mais cette mobilité n'existe que lorsque le muscle est au repos. Du moment qu'il se contracte, elle disparaît, et fait place à une fixité qui dure aussi longtemps que la

contraction musculaire, augmente, diminue ou disparaît avec elle.

Dans les myomes syphilitiques à marche très-lente, la peau reste libre, intacte, sans changement de coloration, alors même qu'ils sont très-superficiels. Mais, moins rarement que dans la première période de leur évolution, elle prend une teinte violacée ou perd de sa mobilité par suite de l'engorgement œdémateux du tissu cellulaire sous-cutané. Ces modifications révèlent habituellement le travail continu de désorganisation qui s'accomplit dans leur intérieur, ou elles sont l'indice de quelque complication. Rigoureusement, elles appartiennent donc plutôt à la période d'involution qu'à la période d'état.

IV

Les troubles fonctionnels consistent en une gêne plus grande dans l'exercice du muscle. Il perd de sa force à la longue ; mais on voit qu'il est surtout entravé pour ainsi dire matériellement dans son action ; que l'irritabilité de sa fibre, que son innervation ne sont pas en jeu, comme dans les myopathies avec contracture. Pourtant il se produit quelquefois de véritables rétractions, comme dans le cas de Melchior Robert que je vous ai cité. Il est vrai que dans ce cas, le myome occupait tout à la fois la partie inférieure du biceps et son tendon. La douleur, spontanée ou à la pression, reste sourde et ne s'élève jamais à un haut degré d'intensité. Si elle devient très-vive, irradiante, paroxystique, c'est que la tumeur a envahi quelques-uns des gros cordons nerveux avec lesquels elle est en contact. On observe alors les phénomènes paralytiques et douloureux qui sont propres à la compression des nerfs. En même temps que ces phénomènes, il en survient quelquefois

d'autres, également à distance, tels que la teinte cyanique, l'œdème de l'extrémité du membre, etc., lorsque la compression porte aussi sur les veines et gêne la circulation en retour. C'est alors que la température du membre affecté peut s'abaisser; mais, sauf ces circonstances exceptionnelles, elle reste à l'état normal, même au niveau de la tumeur, qui ne s'échauffe que lorsqu'elle se complique d'inflammation périphérique ou se précipite violemment dans la phase régressive.

V

C'est cette phase en effet qui est la plus compliquée et la plus féconde en incidents de toutes sortes. C'est elle qui modifie la physionomie de l'affection, l'altère ou la change complétement, au point de dérouter l'observateur qui n'a pas été témoin des périodes antérieures.

Ce qui caractérise essentiellement cette période des myomes syphilitiques, c'est le passage de l'état solide à l'état liquide. Une pareille transformation peut s'effectuer sans autre changement notable que la consistance de la tumeur. De dure, elle devient peu à peu molle, du centre à la périphérie, de la profondeur à la surface. Elle finit par se liquéfier dans sa totalité, par devenir fluctuante sur tous ses points, et elle présente alors les mêmes caractères qu'un abcès froid sous-cutané ou une tumeur sous-cutanée ramollie. Mais la peau reste rarement intacte; elle commence par perdre de sa mobilité, puis elle devient violacée, s'amincit, prend plus tard une teinte rouge foncé et se perfore à la longue sur un ou plusieurs points de la collection, s'ulcère et se détruit. La tumeur évacue son contenu qui est filant, gommeux ou ressemble à du pus. Il en résulte une cavité ulcéreuse plus ou moins vaste, à

bords taillés à pic, à parois stratifiées comme celles des ulcérations gommeuses, à fond grisâtre, inégal, fongueux, constitué par la portion non ramollie du néoplasme qui la sépare des fibres musculaires ou des parties adjacentes.

Si peu actif que soit ce travail de transformation, il ne s'accomplit pas sans développer autour de lui quelques phénomènes d'irritation inflammatoire qui s'ajoutent à ceux de la tumeur, et produisent une aggravation des troubles fonctionnels déjà existants ou en suscitent de nouveaux.

Mais les choses ne se passent pas toujours avec cette simplicité, surtout dans les myomes syphilitiques volumineux des grands muscles. Ils commencent par perdre leur mobilité, même pendant le relâchement du muscle; ils contractent des adhérences avec les parties voisines, les englobent, les compriment, déterminent un œdème demi-inflammatoire ou même phlegmoneux du tissu cellulaire sous-cutané, tendent la peau qui devient adhérente, rouge, chaude, luisante, s'amincit rapidement, se décolle, s'ulcère et livre passage à une matière brunâtre, épaisse, filante, au-milieu de laquelle on trouve parfois des bourbillons, des flocons plus ou moins étendus de tissu cellulaire mortifié, indice du travail, non plus de régression calme, moléculaire, mais de destruction rapide, de sphacèle en masse, qui s'est emparé de la tumeur et des parties adjacentes. Nul doute qu'en pareil cas on ne parvînt à découvrir, à l'aide du microscope, des débris de fibres musculaires au milieu des produits liquides ou solides qui sortent de la cavité si brusquement formée. Le ramollissement inflammatoire des myomes, avec complication de sphacèle, ne s'effectue jamais, ainsi que l'a fait remarquer Nélaton, quand la tumeur est purement musculaire.

VI

Entre les deux degrés extrêmes de la phase régressive, que je viens de vous décrire, il y a des variétés très-grandes dans la forme, la durée, les limites, le mode symptomatique de l'involution. Il me paraît inutile d'entrer à cet égard dans des détails oiseux et dont vous pouvez facilement vous rendre compte en combinant, suivant toutes les proportions, les éléments propres à la régression de la tumeur avec les phénomènes inflammatoires ou gangréneux qu'elle peut susciter autour d'elle.

Mais fort heureusement ces terminaisons, qui, même dans les cas les plus favorables, sont toujours plus ou moins destructives, ne se produisent qu'exceptionnellement. La marche lente de la tumeur avant cette période a permis de reconnaître sa nature et de lui opposer la médication la plus propre à la faire disparaître, avant qu'elle ait accompli le cercle complet de son évolution. Il est probable aussi que quelques myomes syphilitiques ont de la tendance à guérir spontanément, comme il en est d'autres que le traitement n'arrête pas et qui aboutissent fatalement à leurs dernières conséquences.

Le mode de terminaison le plus favorable est la résorption graduelle et complète de la tumeur. Comme elle n'a fait qu'écarter, que dissocier les fibres musculaires, celles-ci peuvent revenir à leur état normal, pourvu qu'elles n'aient pas été trop longtemps comprimées. Le muscle recouvre donc, avec son volume normal, sa souplesse et sa contractilité. Il est rare qu'il reste faible ou atrophié d'une manière définitive.

Il n'en est pas ainsi quand la tumeur se ramollit et se

convertit en une ulcération plus ou moins vaste. La substance du muscle subit une déperdition plus ou moins considérable; elle est remplacée par un tissu de cicatrice inerte après la guérison de la tumeur gommeuse. Les désordres fonctionnels qui en résultent sont proportionnés à l'étendue de la lésion.

Parmi les autres modes de terminaison, je me contenterai de vous signaler celui que je vous ai déjà décrit à propos des myosites, c'est-à-dire la transformation des produits néoplasiques en tissu scléreux, sans ramollissement et sans ulcération préalable de la tumeur. On l'observe plus rarement dans les myomes que dans les myosites.

Comme dans toutes les affections qui procèdent d'une cause constitutionnelle, les antécédents, le processus de la maladie générale, la simultanéité d'accidents qui révèlent son existence d'une façon péremptoire, etc., etc., sont autant de circonstances capitales dans la question du diagnostic. Il est bien clair, en effet, que, si une tumeur musculaire se développe en même temps que des périostoses, des syphilides ulcéreuses, des syphiloses pharyngo-nasales, ou autres accidents de la période gommeuse, on pourra dire, *à priori*, et sans crainte de se tromper, qu'il s'agit d'un myome syphilitique.

Mais s'il est impossible de découvrir aucune coïncidence pathologique révélatrice de la cause spécifique; si en fouillant le passé du malade on ne trouve aucune trace positive de son action locale ou générale; si la lésion apparaît isolée dans la vie actuelle de l'individu et sans racines dans sa vie antérieure, le jugement qu'on portera sur elle, au lieu d'être primesautier, devra se baser sur une analyse minutieuse et comparative de tous les caractères physiques de ces tumeurs et des tumeurs qui leur ressemblent le plus. En procédant de cette façon on peut, avec les seuls phé-

nomènes intrinsèques, diagnostiquer la nature de ces productions morbides.

Il n'en est pas ainsi lorsqu'on ne les observe qu'à leur période de ramollissement, ou lorsque, quittant leur siége primitif, elles s'étendent aux parties voisines, y suscitent des phlegmons consécutifs, inflammatoires ou gangréneux. On se trouve alors en présence d'une collection liquide, à allures plus ou moins suspectes, dont on ne découvre pas toujours le point de départ au moyen d'une exploration physique, si habile qu'elle soit. C'est dans le récit plus ou moins exact que fait le malade des états successifs par lesquels a passé la tumeur avant d'en venir au point où elle en est, qu'on trouvera les éléments les plus certains du diagnostic.

Il peut arriver qu'on soit parfaitement édifié sur la nature spécifique d'une tumeur gommeuse qui siége dans la région qu'occupent tels ou tels muscles, mais qu'on soit fort embarrassé pour lui assigner un siége précis, pour établir par exemple si elle est sous-cutanée, aponévrotique ou musculaire. Entre les gommes sous-cutanées et les myomes syphilitiques la distinction est généralement facile. Il n'en est pas de même entre les tumeurs aponévrotiques et les musculaires. Du reste, peu importe, les tumeurs musculaires envahissent d'ordinaire les aponévroses et réciproquement. Ces subtilités diagnostiques ne sont d'aucune utilité.

Les tumeurs musculaires ne se compliquent point d'adénopathies, ou, si les ganglions s'engorgent, c'est dans une faible mesure et autant par suite d'un travail irritatif commun ou sympathique, que par suite d'une action spécifique, aboutissant à une néoplasie (1). Il n'en est pas ainsi dans les

(1) Les ganglions peuvent être envahis, eux aussi, par des tumeurs

sarcomes des muscles qui présentent quelquefois une grande ressemblance avec les myomes syphilitiques. L'envahissement des ganglions par un tissu de même nature que le sarcome est, pour ainsi dire, fatal à un moment du processus. C'est une circonstance diagnostique qui pourrait être d'une grande valeur si toutes les autres faisaient défaut.

Enfin, quand on est obligé de suspendre son jugement, quand on hésite, par exemple, entre un fibroïde et un myome syphilitique, le traitement spécifique, qu'il ne faut pas manquer de prescrire dans les cas douteux, ne tardera pas à dissiper toutes les incertitudes.

NOTE.

A l'appui de la description qu'on vient de lire, je vais rapporter quelques cas d'affections gommeuses des muscles, que j'ai observés depuis l'époque où ces leçons ont été faites, c'est-à-dire depuis l'année 1876.

I

J'ai éprouvé récemment quelque embarras pour préciser le siége d'une énorme tumeur gommeuse que j'ai traitée pendant sa phase de suppuration. Le malade, âgé de 57 ans, avait contracté un chancre infectant ulcéreux, en février 1872. Les accidents consécutifs furent insignifiants et se bornèrent à quelques maux de gorge, à des croûtes dans les cheveux; il n'y eut pas même de roséole, ou elle passa inaperçue.

gommeuses; mais ce serait l'effet du hasard qu'ils le devinssent précisément dans la sphère de la circulation lymphatique du myome.

Depuis cette époque, les accidents syphilitiques ne se sont pas reproduits, et, sauf plusieurs bronchites, M. X... a toujours eu, après comme avant sa syphilis, une très-bonne santé. Il n'a été traité pendant quelques jours que par une personne étrangère à la médecine.

En mars 1876 (4e année de la syphilis), une grosseur poussa sur le bras gauche, en dehors et un peu en arrière, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'épicondyle, sans causer de douleurs et sans entraîner aucun trouble de la santé générale, ni d'autre lésion fonctionnelle qu'un peu de gêne dans les mouvements du membre. Cette tumeur devint peu à peu très-volumineuse, d'une grande dureté et s'ouvrit spontanément en janvier 1877. Aucun traitement n'avait été institué.

Lorsque ce malade vint me consulter, le 29 mars 1877 (5e année de la syphilis), je constatai l'état suivant: bronchite chronique et emphysème; bonne santé générale; cicatrice du chancre infectant dans le sillon balano-préputial à gauche. Ulcération de 0,05 centimètres de longueur, sur 0,03 de largeur, ovalaire de haut en bas, occupant le lieu sus-indiqué, profonde, à bords taillés à pic et décollés en haut, reposant sur une vaste base d'induration qui a deux fois sa superficie et qui plonge dans les régions profondes du bras, dans les masses musculaires, jusqu'au voisinage de l'os. Cette masse gommeuse ulcérée est indolente; elle ne cause que peu de gêne dans les mouvements du membre. Néanmoins, elle me semble occuper non-seulement la peau et le tissu cellulaire, mais la partie externe du muscle triceps. La question est de savoir si elle a débuté par le muscle ou si elle ne l'a envahi que consécutivement. Je pencherais pour cette dernière hypothèse. Il n'existait aucune autre manifestation syphilitique; mais il n'était pas douteux que la lésion fût gommeuse. Le traitement à lui seul l'aurait prouvé. Je prescrivis 4, puis 6 grammes d'iodure de potassium par jour et des pansements avec un mélange à parties égales de masse emplastique de Vigo hydrargyrisé et d'onguent napolitain. Le 11 avril, cette grande ulcération était diminuée de plus de moitié. Les 17 jours de traitement avaient en outre fait disparaître

une grande étendue de l'induration périphérique, sans permettre, toutefois, de savoir par où avait débuté la production morbide (1).

II

Voici un fait qui présente quelque intérêt au point de vue du diagnostic. Je l'emprunte à une leçon de M. Ledentu, faite à l'Hôtel-Dieu en 1875 (*Gaz. des hôpitaux*, 1875, p. 433).

Le malade, âgé de 38 ans, était vigoureux, bien portant, sans scrofule, et niait de bonne foi tout antécédent syphilitique. A la suite d'un effort, il éprouva un craquement et une douleur assez vive dans le mollet droit, et, 3 ou 4 jours après, il s'aperçut, pour la première fois, qu'il portait une tumeur grosse comme le pouce, indurée, située sur le ventre charnu du muscle jumeau externe. La douleur alla en diminuant, mais la tumeur augmenta. Deux mois après, elle était longue de 14 centimètres et large de 0,10. A son niveau, la circonférence du mollet surpassait de 3 centimètres celle du côté opposé. Cette tumeur était allongée, dure, bien limitée ; elle reproduisait exactement la forme du ventre charnu du jumeau externe hypertrophié, oblique comme lui en bas et en dedans. A ce niveau, un peu d'empâtement de la peau et des tissus sous-cutanés, sans adhérences ; mobilité de la tumeur sur les parties profondes. En faisant contracter le jumeau, on rendait la tumeur plus dure et on l'immobilisait. La tumeur était évidemment musculaire. Il n'existait aucune lésion syphilitique actuelle ; on ne découvrit que deux cicatrices noirâtres sur les membres inférieurs, qui ressemblaient beaucoup à des cicatrices d'ecthyma. Ainsi renseignements

(1) Le malade, entré dans mon service le 27 mars, en est sorti à la fin d'avril, à peu près complétement guéri : l'ulcération était réduite aux dimensions d'une pièce de 20 centimes avec un petit cul-de-sac en haut. Sa cicatrice était déprimée et profonde par suite de la perte de substance occasionnée par la fonte de la tumeur gommeuse.

et antécédents nuls ; l'effort n'avait fait que révéler l'existence de la tumeur.

M. Ledentu conclut, par élimination, à la nature syphilitique de cette lésion, en écartant successivement, et pour des raisons plausibles : 1° le *cancer ;* 2° les *fibromes*, avec ou sans ossification ; 3° les *kystes hématiques* consécutifs à des tumeurs sanguines, qui sont fluctuants ; 4° les *kystes hydatiques ;* 5° les *hématomes :* ils ne reproduisent pas la forme du muscle ; ils atteignent du premier coup leur maximum de volume ; plus tard, ils diminuent, soit qu'ils se convertissent en un kyste liquide ou en un dépôt fibrineux ; 6° les *affections simplement inflammatoires* des muscles, *abcès* et *myosites*. Les *abcès chauds* des muscles sont très-rares ; on les rencontre le plus souvent dans la langue et dans les muscles du bras ; ils restent petits et globuleux. Les *abcès froids* sont plus communs que les chauds et ils dépendent généralement de la scrofule. Ils sont parfois bien limités et fort difficiles à distinguer des tumeurs solides. C'est avec eux que les myosites chroniques syphilitiques pourraient être quelquefois confondues. Les *myosites traumatiques* sont mal connues ; elles ont sans doute une marche plus aiguë, elles provoquent une sensibilité plus vive et se terminent plus promptement, soit par résolution, soit par suppuration ; 7° les *phlébites intramusculaires*, chez les sujets porteurs de varices : elles pourraient simuler les myosites gommeuses ; mais alors les douleurs sont fort vives, les mouvements spontanés des muscles deviennent impossibles et il y a généralement de la fièvre.

Le diagnostic fut donc : *infiltration syphilitique du muscle jumeau externe.* L'iodure de potassium fut administré, lorsqu'on eut constaté que la tumeur, abandonnée à elle-même, augmentait peu à peu. Sous l'influence de ce sel, le muscle diminua rapidement de volume dans tous les sens. Au bout d'un mois la guérison était complète.

III

J'ai observé récemment un cas semblable au précédent,

avec cette différence, toutefois, que la production morbide était beaucoup moins considérable, et qu'elle était survenue à une époque très-rapprochée de l'accident primitif.

Le malade, âgé de 25 ans, contracta un chancre infectant qui fit son apparition le 15 octobre 1876. Quelques jours après, il vint à la consultation de l'hôpital du Midi, où on commença un traitement spécifique qui n'a pas été interrompu depuis. La première poussée a consisté en maux de gorge et en petites papules disséminées sur toutes les parties du corps. Il en a été guéri à la fin de décembre 1876.

Vers la fin de janvier et au commencement de février, il survint une deuxième poussée, caractérisée par une éruption de taches de roséole et par des plaques muqueuses confluentes sur l'isthme et les amygdales. Je constatai ces lésions le 19 février 1877 (4e mois de la syphilis). Il existait, en outre, des douleurs dans les deux jarrets : elles avaient débuté 8 ou 10 jours auparavant ; après avoir été régulièrement intermittentes, elles s'étaient fixées dans le creux poplité gauche. En palpant la région, le malade s'aperçut qu'il existait là un gonflement douloureux ; aucune blessure, aucun bouton au pied ; gêne en marchant ; douleur dans la flexion de la jambe sur la cuisse.

Cette tumeur, qu'on voyait et qu'on sentait dans le creux poplité, proéminait de 1 centimètre au-dessus des parties voisines ; elle était aplatie, arrondie, de 3 centimètres carrés de superficie ; située dans le tissu cellulaire sous-cutané et sans adhérences avec la peau, mais adhérente profondément et plongée au milieu du tissu conjonctif ; sensible à la pression, un peu consistante, nullement inflammatoire, sans œdème périphérique et sans vaisseaux lymphatiques enflammés, indurés ou hypertrophiés autour d'elle. Il existait un peu de claudication. La jambe n'était pas œdématiée.

Le 10 mars, cette suffusion plastique avait augmenté de volume ; elle était plus douloureuse et la claudication plus prononcée. En outre, il existait de la *douleur, sans dureté ni tuméfaction dans le mollet* correspondant. Les plaques muqueuses gutturales étaient si confluentes qu'elles simulaient

une angine couenneuse. Un peu de fièvre; état général peu satisfaisant.

Je ne décrirai minutieusement, ni l'infiltration poplitée ni les autres accidents qui existaient du côté de la peau et des muqueuses; mais je vais suivre la lésion qui se préparait dans les muscles du mollet. La douleur, qui y avait débuté vers le 25 février, augmenta peu à peu. Dans les premiers jours de mars, elle était très-vive et occupait la face interne du mollet gauche. Pression sur cette partie, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, très-douloureuse. Peau non adhérente et sans changement de coloration. Claudication très-prononcée. Le 5 mars (11e jour de la douleur du mollet), je perçus au-dessous de la peau une tuméfaction diffuse, accompagnée d'une légère induration, comme si le muscle était devenu le siége d'une infiltration plastique. Et qu'aurait-ce été, sinon une *myosite syphilitique du jumeau interne?* Il n'y avait aucune trace de lymphite, de phlébite superficielles ou profondes, d'oblitération, de phlegmatia dolens. Pas le moindre œdème dans la jambe. Aucune connexion entre la tumeur sous-cutanée du creux poplité et cette induration musculaire aiguë. Je diagnostiquai donc une *myosite du jumeau interne*, survenue au 4e mois de la syphilis, au milieu d'une deuxième poussée d'accidents cutanés et muqueux et en même temps qu'une suffusion plastique du creux poplité.

Le 10 mars (16e jour de la myosite), la tuméfaction diffuse qui occupait le bord interne du jumeau interne du côté gauche *s'était circonscrite;* ses contours étaient nettement accusés. Elle formait une véritable tumeur située au milieu des fibres musculaires et sous l'aponévrose. Cette tumeur musculaire était située à 8 ou 10 centimètres au-dessous du condyle interne du fémur; elle était ovoïde et mesurait 3 ou 4 centimètres de haut en bas et 2 latéralement. Dure, homogène, moins sensible à la pression que la tuméfaction diffuse, à laquelle elle avait succédé, elle suivait les mouvements du muscle et s'immobilisait pendant sa contraction.

Les jours suivants, il se produisit dans le jumeau externe du même côté un second foyer de suffusion plastique. La

myosite occupait deux ou trois faisceaux musculaires dans toute leur longueur, on la sentait nettement à travers la peau. Elle ne se circonscrivit pas comme la précédente. Le malade avait beaucoup de peine à marcher ; je le fis entrer dans mon service, où il resta une vingtaine de jours. Il en sortit à peu près guéri de la suffusion poplitée et de la myosite des jumeaux. Il avait suivi un traitement mixte. La lésion du mollet et du creux poplité était survenue sous la seule influence de la syphilis et sans aucune violence extérieure provocatrice.

IV

Des lésions musculaires semblables à la précédente ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, pendant les premières phases de la syphilis. Seulement il n'est pas toujours possible de les constater, parce qu'elles sont en général peu considérables et se circonscrivent dans un point ou dans quelques faisceaux des muscles qu'elles affectent à l'exclusion des autres.

Il y a quelques jours, j'ai eu simultanément deux malades dans mon service, chez lesquels j'ai observé la *myosite syphilitique du deltoïde.*

A. M..., 22 ans, malade entré le 9 mars 1877, salle 6, n° 4, s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu aucune affection rhumatismale, vénérienne ou autre, lorsqu'il contracta un chancre infectant qui fit son apparition en septembre 1876. Un mois et demi après, vers le 1er novembre, roséole érythémateuse sur tout le corps, croûtes dans la tête, plaques bucco-gutturales. Pilules de sublimé. Guérison momentanée.

Pendant cette première poussée, qui dura du 1er novembre à la fin de janvier, le deltoïde droit devint très-douloureux et resta tel pendant 15 jours. L'affection était survenue spontanément, sans effort, sans violence extérieure.

En février (6e mois de la syphilis), une deuxième poussée de plaques muqueuses se fit sur la langue et dans la gorge,

et, au bout de quelques jours, le deltoïde fut repris de douleurs beaucoup plus fortes que celles de la première attaque. L'abduction et l'élévation du bras droit étaient impossibles. En même temps que cette myosite, apparition d'une roséole généralisée; puis, douleur très-forte dans le creux du jarret droit, empêchant le malade de se relever quand il s'était baissé. Le traitement spécifique avait été cessé depuis 6 semaines.

Le 10 mars, je constatai que le bras droit pouvait à peine être écarté du tronc et que l'action du deltoïde était très-douloureuse. En palpant le muscle on sentait, vers sa partie moyenne, à égale distance de ses deux bords et de ses attaches supérieure et inférieure, une rénitence notable, accompagnée d'une tuméfaction diffuse et douloureuse, sensible à la vue aussi bien qu'au toucher. Rien dans le creux du jarret; plaques muqueuses de la bouche et du gosier; roséole érythémateuse à forme rubéolique. J'instituai un traitement mixte. Au bout de 7 jours, il y avait déjà un mieux considérable, et la pression sur les points tuméfiés du muscle ne produisait que très-peu de douleur. Au bout de 15 jours ou 3 semaines, l'affection syphilitique du deltoïde était guérie.

B. R..., entré à la même époque, salle 8, lit 32, avait contracté la syphilis vers le milieu de novembre 1876. Maux de tête, croûtes dans les cheveux, roséole très-légère, tels avaient été les accidents de la première poussée. Pilules et bains de sublimé comme traitement.

En janvier, il survint quelques plaques muqueuses buccales et des douleurs vagues dans tout le côté gauche de la poitrine (sirop de bi-iodure et iodure de potassium).

Dans les premiers jours de mars, le malade fut pris, sans cause appréciable, d'une gêne, puis d'une douleur dans le deltoïde gauche. Peu à peu la douleur devint assez forte pour empêcher le malade de mouvoir le bras. Elle occupait la partie supérieure du muscle, près de ses attaches à l'acromion et à l'épine de l'omoplate. Elle était accrue par la pression sur une étendue de 5 ou 6 centimètres carrés. En ce point, le muscle était un peu tuméfié et rénitent; mais ces chan-

gements étaient moins sensibles que chez le malade précédent et, pour les apprécier, il fallait comparer le côté sain avec le côté malade. Néanmoins, l'affection fut plus sérieuse et dura plus longtemps que dans l'autre cas. Elle ne cessa qu'au bout d'un mois, malgré le traitement mixte, après avoir présenté plusieurs alternatives de mieux et de plus mal.

V

Les myopathies musculaires des premières phases de la syphilis, même quand elles affectent la forme d'une myosite plus ou moins aiguë, se résolvent facilement et ne présentent aucun danger, surtout si on a soin de les traiter de bonne heure et convenablement. Il n'en est pas ainsi des myopathies vraiment gommeuses et qui, comme telles, appartiennent à la période tertiaire de la maladie constitutionnelle. On en va juger par le fait suivant :

M. X... avait 26 ans lorsqu'il contracta, vers la fin de 1872, une maladie vénérienne pour la première fois. C'étaient plusieurs petits chancres balaniques et préputiaux qu'on pansa avec de la charpie et du vin aromatique, et qui furent rapidement guéris.

L'année suivante, en janvier et février 1873, survinrent des accidents consécutifs assez légers, tels que maux de gorge, alopécie, que je fus appelé à soigner au mois de mars. Je soumis le malade à un traitement spécifique. Depuis cette époque, je ne l'ai pas perdu de vue. Sa santé était alors assez bonne. Il avait eu, en 1868, une pneumonie gauche grave et une jaunisse. La première poussée de cette syphilis fut facilement guérie; mais l'état général des forces ne tarda pas à s'altérer. De nouvelles poussées superficielles se produisirent; elles restèrent presque toujours confinées sur la la langue et dans la gorge. En 1874, laryngopathie qui dura 3 ou 4 mois; pharyngopathie ulcéreuse grave. Je lui fis prendre les deux spécifiques sous toutes les formes.

En 1876 (3e année de la syphilis), M. X... fut atteint d'une bronchite qui prit les allures d'un catarrhe chronique et ne tarda pas à s'accompagner d'un mouvement fébrile vespéral et de transpirations nocturnes très-abondantes. Je constatai les signes physiques de petites excavations pulmonaires aux sommets et j'envoyai M. X... à la campagne, après lui avoir prescrit un traitement contre la tuberculisation pulmonaire.

Il n'avait alors aucune manifestation syphilitique; et, cependant, je me demandai si la maladie constitutionnelle n'était pour rien dans cette affection pulmonaire. J'ai vu, en effet, plusieurs malades chez lesquels les bronches et les poumons sont devenus malades sous cette seule influence diathésique. On aurait pu les croire atteints d'une tuberculose du poumon ordinaire, tandis qu'il s'agissait, selon toutes probabilités, d'une syphilose de cet organe, puisque la guérison a eu lieu en même temps que celle de la maladie générale. C'est une question fort obscure et que je ne prétends pas résoudre ici. Toujours est-il que M. X..., après avoir passé plusieurs mois à la campagne, en revint très-amélioré. Il toussait beaucoup moins et reprenait des forces. En novembre 1876, il éprouva des douleurs ostéocopes dans tous les membres, mais principalement dans le bras gauche; puis il lui survint de l'onyxis à l'indicateur et au médius du même côté. La douceur de l'hiver de 1876-1877 avait été très-favorable à M. X...; il revint à Paris et ne suivit aucun traitement.

Au commencement de février 1877, il s'aperçut fortuitement de l'existence d'une grosseur siégeant au niveau de l'insertion inférieure du sterno-cléido-mastoïdien droit; elle était diffuse, sans douleur spontanée ni à la pression, et ne causait aucune gêne dans les mouvements du cou. Peu de temps après, deux petites tumeurs semblables à des glandes se produisirent plus haut, sur le trajet du muscle, au-dessous de l'oreille, à 7 ou 8 centimètres de l'insertion mastoïdienne. Ces lésions, qu'on ne traita point, augmentèrent peu à peu et restèrent indolentes jusqu'au milieu de mars. Le malade, qui ne s'en était pas préoccupé jusque-là, commença à y éprouver quel-

ques douleurs et des tiraillements. Il vint me consulter le 26 mars 1877 (4e année de la syphilis).

Je le trouvai amaigri, pâle, avec une teinte terreuse, mais infiniment moins cachectique que lors de son départ pour la campagne, 8 ou 10 mois auparavant. Plus de sueurs, ni de toux, digestions excellentes. La tumeur sterno-mastoïdienne, qui était survenue sans troubles prodromiques, occupait les deux insertions inférieures du muscle, s'étendait sur la clavicule et recouvrait une partie de la fourchette du sternum. Elle remontait le long du muscle, dont toute l'épaisseur était envahie par elle, jusqu'à une hauteur de 0,12 centimètres ; là, elle se terminait brusquement en cône et elle mesurait 0,05 centimètres de largeur à sa base et 0,04 dans les autres points. Très-dure et indépendante de la peau et du tissu cellulaire, dans presque toute son étendue, elle les avait envahis et s'était ramollie à sa base entre les deux branches de l'insertion du sterno-mastoïdien : là, on percevait de la fluctuation et les téguments étaient rouge violacé, amincis, avec de l'engorgement œdémato-plastique tout autour du foyer liquide qui ne s'était pas encore ouvert.

Quant aux deux tumeurs situées plus haut, elles adhéraient à la peau et plongeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais n'avaient aucune connexion avec le muscle. Leur grosseur était celle d'une grosse noisette. L'une d'elles s'était ramollie ; on la sentait fluctuante ; la peau qui la recouvrait était rouge et amincie.

Chose curieuse ! quoique la moitié inférieure du sterno-mastoïdien droit eût été transformée en une grosse tumeur gommeuse, il n'existait que des troubles fonctionnels insignifiants : un peu de gêne, un peu de tiraillements, surtout quand il y avait de l'humidité dans l'atmosphère. La tête se mouvait dans tous les sens aussi bien qu'auparavant.

Telles étaient les seules lésions syphilitiques qu'eût le malade. Je fus étonné de ne plus trouver dans les poumons aucun foyer morbide bien caractérisé. Plus de craquements aux sommets ; pas de toux, ni de fièvre vespérale, ni de

sueurs nocturnes. Je prescrivis 4 grammes d'iodure de potassium.

Le 31 mars, la tumeur sterno-mastoïdienne avait un peu diminué, mais surtout les deux tumeurs gommeuses sous-cutanées. Le malade se sentait beaucoup mieux.

Le 12 avril (18e jour du traitement à 4 grammes d'iodure par jour), les deux gommes avaient presque entièrement disparu, sans s'ouvrir. La tumeur sterno-mastoïdienne remontait moins haut et était moins large. Elle avait diminué d'un tiers environ. Même dureté; la partie fluctuante s'était en partie résorbée sans s'ouvrir; aucun trouble fonctionnel; appétit féroce; retour des forces; sommeil; rien de nouveau du côté de la poitrine.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES GOMMES MUSCULAIRES.

Les myopathies syphilitiques sont rares. — Les myopathies gommeuses sont plus rares que les myosites et que les myopathies fonctionnelles et sans contracture.

Fréquence des myopathies syphilitiques : 1° dans les syphilis non traitées; — 2° dans les syphilis traitées à partir des accidents secondaires; — 3° dans les syphilis traitées dès le début.

Rareté des gommes musculaires chez les très-jeunes sujets.

Les myopathies gommeuses, de même que les myosites, et les myopathies avec contracture, n'occupent qu'une place relativement peu considérable dans l'ensemble de la pathologie syphilitique. Les deux dernières sont moins rares que les premières. Il est certain qu'on observe aujourd'hui beaucoup moins qu'autrefois les déterminations graves de la syphilis sur les muscles. Ce fait tient-il à une diminution de gravité dans tous les phénomènes qui lui sont propres? Je serais disposé à le croire. Je vous disais l'année dernière,

dans mes leçons sur la diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris, que la syphilis s'atténuait, de nos jours, dans le nombre et la sévérité de ses manifestations. Les muscles sont peut-être de tous les organes ceux qui en ont bénéficié le plus. Le cerveau, au contraire, et la moelle épinière paraissent plus attaqués par la maladie constitutionnelle, qu'il y a seulement un demi-siècle ou un siècle. Hunter, ce grand observateur, ce médecin-physiologiste de génie, ne soupçonnait pas l'existence des syphiloses cérébro-spinales ; peut-être même ne croyait-il pas à leur possibilité. Aujourd'hui ces graves affections doivent être comptées au nombre des plus fréquentes et des plus précoces de la maladie constitutionnelle.

On dirait donc que, suivant les époques, il y a des déplacements dans la distribution de l'activité syphilitique. Mais n'est-ce pas plutôt, de notre part, une illusion d'optique qui nous fait supposer que les phénomènes morbides découverts ou étudiés plus spécialement par nous n'ont pas de passé et appartiennent en propre à notre génération?

Quoi qu'il en soit, les gommes musculaires sont rares. Je vais vous en donner une preuve numérique. Dans ses recherches statistiques sur la syphilis, que je vous ai souvent citées, et dont je ne saurais trop vous faire l'éloge, mon ami, M. le D[r] Jullien, a réuni 224 cas de syphilis tertiaire. Eh bien, savez-vous quel est, sur ces 224 cas, le nombre des myopathies syphilitiques? le nombre, messieurs, est de *onze* seulement. Je vais vous en donner le résumé tel qu'il est dans le mémoire de M. Jullien, et en adoptant la même classification que lui.

I

Dans la première catégorie, qui comprend la syphilis non traitée et abandonnée à sa marche naturelle, il y a deux cas de gommes musculaires, sur 59 cas de syphilis tertiaire, et un cas de myopathie syphilitique avec contracture.

1er *cas* (recueilli par M. Jullien).— B. Jean, maçon, 30 ans, blond-châtain, lymphatique. — Travail très-pénible, excès de vin. — Il y a 6 ans, chancre à la verge, très-petite écorchure qui dura à peine huit jours et à laquelle il ne fit rien. En 1871, il y a 3 ans, souffre quelquefois du gosier et l'attribue à un refroidissement. — Il y a un an et demi paraît sur le dos un placard de syphilide pustulo-crustacée non traitée généralement. Il y a six mois, gomme considérable du bras droit. Elle est ulcérée. Il entre à Saint-Louis, il y a 4 mois, avec un *énorme myome syphilitique de la région postérieure de la cuisse.*

2e *cas* (recueilli par M. Profeta). — D. Domenico, sexe masculin, 29 ans, faible, lymphatique avec de la scrofule pendant l'enfance. Deux chancres du côté du frein en mai 1871. Traitement empirique. — 4 mois après le chancre initial, accidents secondaires, c'est-à-dire douleurs rhumatoïdes, adénopathies, roséole, éruptions, croûtes du cuir chevelu. Pas de traitement. Cinq mois après le chancre, douleurs ostéocopes, périostoses plastiques, tumeurs gommeuses exulcérées du tissu cellulaire et sous-muqueux. *Douleurs musculaires, contractures.*— Guérison en 47 jours par le traitement mixte.

3e *cas* (recueilli par M. Jullien).— Édouard T., ex-militaire, 44 ans, chancre phagédénique du sillon balano-préputial. — 2 mois après, éruption ecthymateuse de la face. Presque en même temps, *tumeurs gommeuses aux deux péroniers latéraux et aux muscles de la face antérieure de l'avant-bras.* Exostose du pariétal gauche. Épididymite gauche.

Vous voyez que, dans ce dernier cas, la syphilis non traitée a évolué avec une rapidité étonnante, puisque, entre 2 et 4 mois après le chancre infectant, la maladie constitutionnelle avait abouti au tertiarisme et était en pleine phase de productions gommeuses.

II

La deuxième catégorie comprend 47 cas de syphilis tertiaire, traités dès l'apparition de l'accident primitif. Sur ces 47 cas, il n'y en a que 4 de myopathies syphilitiques.

1er *cas* (recueilli par M. Berckley.). — G. F., sexe masculin, 20 ans, lymphatique, bonne santé antérieure. Chancre en 1865. Mercure, du 16 janvier 1866 au mois de mai. — Roséole, plaques érosives de la gorge, fissures de la langue. — Mercure et iodure de potassium. Malgré cela, la langue reste malade pendant les années 1867-68-69-70. En octobre 1873, *gommes intra-linguales*, *dans la substance musculaire*. (8e année.)

2e *cas* (recueilli par M. Jullien). — P. Jean-Claude, cocher, 28 ans, blond-châtain, aspect strumeux, jamais de maladies, pas d'excès vénériens ni alcooliques, mauvaise nourriture, habitation humide. — Chancre contracté le 25 décembre 1866. Entre au Midi le 17 janvier 1867, où il fut soumis au mercure le 23e jour du chancre. — 17 février, roséole, plaques cuivrées considérables. 5 mars, sort du Midi. Peu après, syphilides de la langue, adénopathie sous-maxillaire. Ne reprit pas de mercure depuis sa sortie du Midi. Fin 1873, *Gommes dans l'épaisseur des lèvres :* 3 paraissent à tour de rôle. Elles sont en voie de disparition, grâce à l'iodure. En même temps hydrocèle et tuméfaction d'un testicule. (7e année.)

3e *cas* (recueilli par M. Berckley). — C. J. S., du sexe masculin, 17 ans, robuste, sanguin. Chancre en avril 1869, mer-

cure administré dès juillet et fort bien toléré, pris avec régularité. En août 1869, roséole papuleuse, squames palmaires. Guérison rapide. Sarcocèle en mai 1873 ; *gomme du muscle triceps de la cuisse*, juste au-dessus du genou. (4e année.)

4e *cas* (recueilli par M. Diday). — J. H., voyageur, 30 ans, constitution assez forte, blond. — Chancre en janvier 1867. Traité de suite par la liqueur de Van Swiéten, puis par protoiodure et ensuite iodure prescrit par Calvo. Accidents secondaires faibles quoique hâtifs, sans transition avec les tertiaires. Traitement mixte. Larges ecchymoses ulcérées aux jambes. Quelques mois après, en 1868, *gommes à la langue*. Injection Liégeois; en même temps rhinite, anamnésie, aphasie. (1re année.)

De ces quatre cas, c'est le seul où la syphilis tertiaire ait été précoce. Vous verrez plus tard que, parmi les myopathies, celles de la langue sont généralement celles qui surviennent à l'époque la plus rapprochée de l'accident primitif. Dans les 3 premiers cas, les gommes musculaires ne se sont montrées qu'au bout de 8, de 7 et de 4 ans, ce qui porterait à induire que, si le traitement spéficique administré dès le début ne prévient pas les myopathies, il a du moins pour effet de les retarder.

III

La troisième catégorie de M. Jullien comprend les cas où la syphilis a été traitée dès l'apparition des accidents secondaires. Elle se compose de 111 cas, parmi lesquels on n'en trouve que 4 de myopathies syphilitiques.

1er *cas* (recueilli par M. Roquette). — Constance V., 34 ans, tempérament nervoso-sanguin. A eu un chancre en 1868. A employé des pommades qu'elle ne peut nommer. En 1868,

2 mois après le chancre, elle suit pendant 4 ou 8 mois un traitement au mercure et à l'iodure de potassium. — Le 4 mars 1874 (6e année), vient consulter pour un *mal de langue qui était un tubercule syphilitique du volume d'une grosse noisette.*

2e *cas* (recueilli par M. Jullien). — Lucile, couturière, 30 ans, brune, grande, nerveuse, bien constituée, santé antérieure très-bonne. Pas de rhumatismes. Accident primitif passé inaperçu. Pas de traitement. Le 18 février 1870 entre à Lourcine pour roséole. Mercure. En 1871, eut syphilide papuleuse confluente. — Sublimé. En octobre 1873, plaques des lèvres, sensation de froid, analgésie. Iodure. En février 1874 (4e année), *gomme du triceps fémoral, située à trois centimètres au-dessus de la rotule.*

3e *cas* (recueilli par M. Giorgini). — Amélie, 30 ans, faible, lymphatique. Chancre infectant en février 1870 ; solution de sulfate de cuivre. En mars et en avril 1870, syphilide polymorphe, taches, papules, vésicules, pustules, squames. Liqueur de Van Swiéten. En novembre 1870 (9e mois), arthrite syphilitique, *gommes musculaires*, carie des os. Iodure de potassium. Morte en janvier 1872.

4e *cas* (recueilli par M. Giorgini). — Anne R., sexe féminin, 26 ans, faible, lymphatique. Chancre en avril 1872, charpie sèche. En mai 1872, syphilide pustuleuse, acné pustulata (*corona veneris*), ganglions engorgés, chute des cheveux. Liqueur de Van Swiéten.— En décembre 1872 (8e mois), ostéo-périostite gommeuse, arthrite syphilitique, *gomme de la langue.* Iodure de potassium.

Cette catégorie est la plus pauvre en myopathies syphilitiques. Le 1er cas, en effet, est douteux. Il n'est pas certain que cette tumeur tuberculeuse de la langue eût son point de départ dans les muscles. A la rigueur il n'y a donc eu que 3 cas de myopathie sur 111. Les 2 derniers sont des exemples remarquables de gommes mus-

culaires précoces, puisqu'elles sont survenues, l'une 9 mois et l'autre 8 mois après l'accident primitif.

Dans une quatrième catégorie comprenant 7 cas de syphilitiques arrivés au tertiarisme et n'ayant été traités que par l'iodure de potassium, on ne trouve aucun cas de myopathie.

Pouvons-nous tirer quelques indications positives de ces résultats statistiques ? Je ne le pense pas. Ils sont trop contradictoires et le nombre des cas est trop minime. Que conclure au point de vue de l'âge, du sexe, de l'époque d'apparition, du traitement ? Tout au plus pourrait-on dire que la syphilis non traitée expose plus aux gommes musculares que la syphilis traitée, et que, parmi les syphilis traitées, celles qui ne le sont qu'à partir des accidents secondaires y exposent moins que celles qui le sont *ab initio.*

Relativement à l'âge, je veux vous soumettre une réflexion faite par un profond observateur. M. Nélaton, dans une excellente leçon sur les gommes musculaires, dit « qu'une remarque très-curieuse à faire, c'est que ces tumeurs ne se produisent jamais chez des sujets très-jeunes ; que, même dans le cas où elles sont le résultat de l'hérédité, elles n'apparaissent jamais avant un certain âge. » Il admet deux modes de terminaison : 1° guérison complète par résorption graduelle, avec retour de la souplesse et de la contractilité des muscles ; — 2° ramollissement avec ses conséquences variées. Il peut y avoir guérison, mais non sans altérations des muscles, telles que atrophie, rétractions et difformités consécutives. Il ajoute que ces divers modes de terminaison dépendent de l'âge de la tumeur. Au delà de 4, 5 ou 6 mois, se demande-t-il, la simple ré sorption n'est-elle plus possible ? Il croit qu'il y a des chances de succès tant que la tumeur est encore solide et ferme.

Je termine là les considérations que je désirais vous présenter sur les myopathies gommeuses. Je ne traiterai point spécialement du pronostic, puisqu'il est compris dans tout ce que je vous ai dit et peut s'en déduire facilement. Quant au traitement, je le réserve pour plus tard, lorsque j'embrasserai dans une vue d'ensemble toutes les déterminations de la syphilis sur le système musculaire.

(A suivre.)

III

LA DOURINE.

Leçon clinique par M. Saint-Cyr, professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

(2e LEÇON.)

Dans un précédent entretien, je me suis appliqué à vous faire connaître la dourine, telle qu'on peut s'en faire une idée d'après les descriptions déjà nombreuses et passablement concordantes qu'en ont données les auteurs (1); je veux aujourd'hui m'efforcer de résumer, en les groupant de manière à les fixer plus facilement dans votre mémoire, les symptômes que nous ont offerts, depuis qu'ils sont dans notre service de clinique, les deux sujets *Kouina* et *Zaatchi,* que l'administration nous a fait envoyer d'Afrique pour servir à nos études. Ce résumé ne vous dispensera pas de lire les observations détaillées de ces deux malades, prises jour par jour et avec beaucoup de soin par vos camarades, MM. Thomas et Bourg.

Quand nous avons reçu ces étalons, le 21 janvier 1877, la maladie était déjà ancienne chez tous les deux; elle datait au moins du 28 juin pour Zaatchi et du 16 juillet pour Kouina. Nous ne savons donc de la première période de l'affection, que ce que nous en trouvons dans les rapports des vétérinaires qui ont eu à leur donner des soins. Ces renseignements peuvent se résumer à peu près ainsi :

(1) Parmi les travaux publiés sur cette affection, j'ai omis de signaler l'un des plus importants : celui de M. Viardot, vétérinaire militaire, inséré dans le *Journal de médecine vétérinaire militaire,* tomes IV et V, sous ce titre : *Considérations générales, suivies de dix observations cliniques, sur l'affection désignée par les Arabes sous le nom de* EL-DOURIN, *et généralement connue en Europe sous celui de* MALADIE DU COÏT. Je me fais un devoir de réparer ici cette omission.

Pour Kouina, fort engorgement du fourreau, plaques cutanées en arrière de l'épaule ; boiteries intermittentes ; appétit capricieux ; crampes fréquentes dans les deux membres postérieurs.

Pour Zaatchi, engorgement du fourreau ; œdème sous-sternal, plaques cutanées, boiteries intermittentes, faiblesse progressive de l'arrière-train, amaigrissement également progressif, appétit capricieux.

Il n'est fait nulle mention, pour ces deux étalons, de l'éruption primitive des organes génitaux. Nous savons que cette éruption peut manquer, et il est probable qu'elle a fait défaut dans ces deux cas.

La maladie était depuis longtemps entrée dans sa deuxième période quand ces sujets ont été confiés à nos soins, le 21 janvier dernier.

Voici quels ont été les symptômes observés depuis cette époque ;

Organes génitaux. — Nous avons fait coucher nos deux sujets sur un bon lit de paille et nous avons procédé à une inspection minutieuse des organes génitaux, inspection qui nous a donné le résultat suivant :

Chez Zaatchi, nous trouvons la queue de l'épididyme droit un peu engorgée et dure, les deux testicules un peu mous et peut-être un peu moins volumineux qu'ils ne devraient l'être. Chez Kouina, les épididymes sont sains, les testicules en bon état, peut-être plus mous. Chez l'un comme chez l'autre, il n'y a ni engorgement du fourreau, ni du scrotum, ni pustules, ni papules, ni ulcérations, ni érosions, en un mot aucune espèce de lésions sur les organes génitaux, notamment sur la verge qui est sortie entièrement du fourreau pour cette exploration. Le méat urinaire paraît un peu rouge, mais il n'y a aucun écoulement par l'urèthre, une pression exercée sur le canal depuis l'arcade ischiale jusqu'au méat ne fait sortir qu'une goutte de

sérosité limpide, transparente comme de l'eau, à peine visqueuse. En un mot, à ce premier examen, les organes génitaux paraissent sains ou si peu altérés (chez Zaatchi seulement) que, si l'on n'était prévenu, on n'hésiterait pas à les déclarer non malades.

Il faut ajouter, toutefois, que, depuis, nous avons pu constater chez Zaatchi, à deux reprises différentes, une légère tuméfaction œdémateuse du fourreau, qui a persisté chaque fois pendant quelques jours et s'est dissipée spontanément, comme elle était venue.

Depuis qu'ils sont en observation, on a vu assez souvent nos deux malades en érection ; la verge a paru avoir, dans tous les cas, ses dimensions normales ; nous n'avons point observé, notamment, ce champignon énorme dont parlent les auteurs.

Mis en présence d'une jument d'expérience, nos deux étalons ont manifesté le désir de saillir ; ils sont entrés assez franchement en érection, toutefois plus lentement qu'ils ne le faisaient sans doute quand ils étaient en bonne santé ; mais ils n'ont pu parvenir à effectuer la monte, non par impuissance génitale, mais par impuissance musculaire, la faiblesse du train postérieur ne leur permettant pas de se dresser sur leurs pieds postérieurs pour effectuer la monte.

Cette expérience, répétée plusieurs fois, a toujours donné jusqu'ici le même résultat négatif, sauf une fois où Zaatchi ayant pu être hissé sur la jument a pu effectuer l'intromission, mais non l'éjaculation.

Nous avons constaté encore dans ces expériences qu'il s'écoulait par l'urèthre, pendant l'érection, une grande quantité d'un fluide séreux, limpide, presque aussi clair que l'eau, à peine visqueux, provenant sans doute de la prostate; fluide dont nous avons pu recueillir une certaine

quantité pour l'injecter dans le vagin de la jument d'expérience, mais jusqu'ici sans résultat appréciable.

L'appétit a toujours été bon, on peut même dire excellent, surtout chez Kouina, sauf pendant quelques jours, du 4 au 7 février, pendant lesquels il a été un peu moins vif qu'à l'ordinaire chez Zaatchi, à la suite d'excitations sans résultat pour saillir la jument.

La digestion stomacale et intestinale n'a jamais éprouvé de dérangements appréciables, il n'y a eu jusqu'ici ni coliques, ni constipation, ni diarrhée.

La respiration a toujours été parfaitement calme, facile, régulière, ainsi qu'en témoignent les tracés que nous en avons pris; les mouvements respiratoires ont été, en général, chez Kouina, de 10 à 12 par minute, s'abaissant quelquefois à 9, pour s'élever très-rarement à 14; chez Zaatchi, de 11 à 14, s'abaissant quelquefois à 10, pour s'élever rarement à 15 et 16. Pas le moindre soubresaut, ni rien qui témoigne d'une gêne quelconque dans l'accomplissement de cette fonction, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'inspection des tracés.

Le pouls également a toujours été parfaitement calme, régulier, suffisamment développé, oscillant, chez Kouina, entre 33 et 36, sauf au plus fort d'une attaque de paralysie où nous l'avons vu monter, le 5 février, à 42 puis à 50, pour redescendre dès le 6 au matin à 36. Chez Zaatchi, il a été toujours un peu plus fréquent, oscillant entre 42 et 48 pulsations, sans jamais dépasser ce dernier chiffre.

Ce que nous venons de dire de la respiration et de la circulation s'applique à nos malades étudiés à l'écurie et dans l'état de calme parfait. Que si, au contraire, ils sont soumis à une excitation quelconque, comme celle qui résulte d'efforts faits pour saillir la jument, d'un exercice au trot pendant quelques minutes, ou des efforts pour se dégager quand on les a couchés sur un lit de paille pour ex-

plorer l'appareil génital, on voit ces deux fonctions se modifier rapidement et profondément. La respiration se presse ; nous l'avons vue s'accompagner de cornage chez Kouina dans la séance de transfusion et plusieurs fois depuis ; le pouls s'accélère et monte à 80 ou 90 par minute ; les battements du cœur contre la poitrine deviennent forts, retentissants, tumultueux. Mais ces phénomènes se dissipent graduellement, peu à peu, et après quelques heures de repos, le calme est revenu complétement.

Ces troubles respiratoires et circulatoires sous l'influence d'une excitation même légère peuvent-ils être mis sur le compte d'une anémie que peut facilement faire admettre l'état de maigreur prononcé de nos deux malades ?

Pour répondre à cette question, il eût été très-intéressant d'avoir une analyse complète et bien faite du sang de ces deux chevaux ; mais c'est là une opération longue, difficile, exigeant une grande habitude des manipulations chimiques. J'ai voulu y suppléer par la numération des globules rouges et blancs de nos deux sujets et M. Peuch a bien voulu se charger de faire cette numération. En voici le résultat :

Zaatchi. — Globules rouges : 6,055,375 par mill. cube.
Globules blancs : 42,083 —

Proportion des globules blancs aux globules rouges $= \frac{1}{143}$.

Kouina. — Globules rouges : 7,937,875 par mill. cube.
Globules blancs : 25,250 —

Proportion des globules blancs aux globules rouges $= \frac{1}{314}$.

Les proportions de ces éléments chez un cheval bien portant et bien nourri étant, d'après M. Malassez (Bouley, art. *Morve*) :

Globules rouges.. 4,980,000 par mill. cube.
Globules blancs... 4,500 —

Proportion des globules rouges aux globules blancs $= \frac{1}{1.105}$.

Il en résulte que, d'après cette investigation, nos chevaux ne peuvent, ni l'un ni l'autre, être dits anémiques; mais qu'il y a chez tous les deux, surtout chez Zaatchi, un certain degré de *leucocytose*.

Cette donnée est-elle bien importante? Je ne sais; en tout cas, il était bon de la consigner ici.

Nutrition. — Ces deux chevaux nous sont arrivés dans un état de maigreur prononcée, maigreur surtout remarquable dans les régions postérieures du corps, les reins, la croupe, les cuisses et surtout la partie antérieure de cette dernière région ; mais depuis que nous les avons en observation, la maigreur n'a pas augmenté, peut-être même sont-ils aujourd'hui, sous ce rapport, en meilleur état qu'au moment de leur arrivée.

Il était intéressant de savoir si l'activité de la désassimilation, dont la maigreur témoigne, s'accuse par une augmentation dans la proportion des produits azotés, et notamment de l'urée, expulsés dans les 24 heures. M. Péteaux, professeur de chimie à notre École, a bien voulu se charger de faire cette recherche, et on trouvera à la fin de cette leçon la note qu'il m'a remise à ce sujet.

Calorification. — Cependant, l'état de la calorification chez nos malades n'accuse pas une suractivité des combustions organiques. Dans les tracés thermométriques relevés jour par jour par MM. Bourg et Thomas, vous pouvez remarquer combien la température est peu élevée, oscillant entre 38° et 38°,5, avec quelques dixièmes de degrés, tantôt en plus, tantôt en moins. Vous voyez combien la courbe de ces tracés est régulière, avec son abaissement matinal

et son élévation vespérale. C'est absolument l'état physiologique; signalons cependant une particularité assez remarquable observée chez Kouina : elle consiste en une surélévation, d'ailleurs légère de la température observée du 9 au 13 février, où elle oscille aux environs de 38°,5 sans dépasser 38°,8 et surtout dans l'irrégularité de la courbe qui figure ces fluctuations journalières. L'animal était alors convalescent de cette attaque de paralysie dont j'ai déjà parlé et sur laquelle je reviendrai bientôt.

Du reste, ce léger trouble a été de courte durée et dès le 13 au soir la courbe avait repris sa régularité habituelle.

Passons maintenant aux fonctions de relation.

La *sensibilité* ne nous a pas offert de particularités importantes à signaler. Notons cependant que la sensibilité générale nous a semblé entièrement conservée, peut-être même augmentée. C'est du moins ce qui nous a paru résulter, non-seulement de l'exploration de cette fonction pratiquée au moyen d'attouchements et de piqûres sur différentes régions du corps, mais encore de l'expérience suivante faite à l'aide de l'électricité.

J'ai déjà dit que, peu de jours après leur arrivée, nous avons fait coucher ces deux chevaux, afin d'examiner de plus près les organes génitaux; nous en avons profité pour étudier, au moyen de l'électricité, l'état de la contractilité musculaire. Je reviendrai dans un instant sur le résultat que cet examen nous a donné sous ce rapport, mais je vous rappellerai ici que ces deux sujets se sont montrés extrêmement sensibles à l'action du courant induit, que dès que nous mettions les deux rhéophores en contact avec leur peau, ils se livraient à des mouvements violents, dénotant qu'ils éprouvaient une vive douleur, ou pour le moins, une impression très-pénible, très-désagréable. Vous savez notamment qu'il nous a été impossible de constater si les muscles des lèvres et des oreilles, paralysées chez

Kouina, étaient encore excitables par l'électricité, tant étaient violents, désordonnés, les mouvements auxquels il se livrait dès que les extrémités des fils conducteurs venaient à toucher, si peu que ce fût, si faible que fût le courant, la peau de ces régions. De ces divers essais, nous pouvons donc conclure, je le répète, que la sensibilité générale est, sinon augmentée, du moins entièrement conservée.

Nous n'hésiterons même pas à dire que la sensibilité de la région lombaire en particulier est manifestement exagérée. Il nous serait sans doute difficile d'affirmer que cette région est indubitablement douloureuse, bien que l'attitude ordinaire de ces sujets nous autorise jusqu'à un certain point à supposer qu'elle est le siége d'une douleur sourde et continue. Vous les voyez, en effet, tenir constamment les pieds postérieurs engagés assez fortement sous le centre de gravité et la colonne dorso-lombaire, voussée en contre-haut, offrir cette conformation particulière désignée sous le nom de dos de carpe. Ce qui est indubitable, en tout cas, c'est que lorsqu'on pince les reins, cette région fléchit brusquement, ainsi que les jarrets, et que, si on presse plus fortement, ces animaux, dont le caractère est extrêmement doux, cherchent à se défendre, signe évident d'une assez vive douleur.

Mais c'est la *fonction locomotrice* et, d'une manière plus générale, la *musculation*, qui nous fournit les symptômes les plus importants et les plus caractéristiques.

Déjà, lorsqu'on les observe au repos, dans leur stalle, ces sujets nous offrent quelques signes évidents de faiblesse musculaire, particulièrement dans le tronc postérieur. D'abord le décubitus est plus fréquent et plus prolongé que dans l'état de santé. Debout, ces animaux changent très-souvent le membre postérieur à l'appui; parfois même ce changement se répète assez fréquemment pour qu'on puisse dire qu'ils piétinent.

Exercés à l'allure du pas, on observe chez eux une raideur toute spéciale et très-remarquable du train de derrière La détente des membres postérieurs ne chasse pas franchement et vigoureusement le corps en avant ; ces membres eux-mêmes se portent en avant avec mollesse et raideur, tout d'une pièce ; la démarche est automatique ; les pas sont raccourcis et le pied de derrière reste souvent en arrière de la piste du pied antérieur correspondant. Quand il vient à l'appui, ce même pied postérieur ne rencontre pas le sol franchement par sa face plantaire, et parfois le boulet, qui n'est pas assez étendu à ce moment, fléchit brusquement sous le poids du corps, et la croupe s'affaisse comme si l'animal faisait un faux pas. Tous ces symptômes s'accentuent encore davantage à une allure rapide, comme le trot, et les faux pas deviennent alors plus fréquents.

L'action du cabrer est devenue extrêmement difficile, même impossible, et cette extrême faiblesse des muscles du train postérieur nous a mis dans l'impossibilité jusqu'ici de faire saillir par eux une jument d'expérience. Parfois, ils réussissent encore, en déployant toute leur énergie, à se dresser sur leurs pieds postérieurs, mais jamais assez complétement et assez longtemps pour effectuer la monte.

A plusieurs reprises, nous avons constaté chez nos deux sujets une boiterie plus ou moins forte de l'un ou de l'autre membre postérieur, plus souvent du membre droit, boiterie survenue inopinément, sans cause appréciable, qui durait quelques jours et disparaissait peu à peu comme elle était venue. Chez Zaatchi, un gonflement un peu chaud et douloureux de la synoviale articulaire du jarret, qui s'est montré en même temps que la boiterie, a pu être considéré par nous comme la cause de celle-ci ; mais chez Kouina, nous n'avons observé aucune lésion articulaire concomitante. Chez ce dernier, nous avons constaté en outre, le 17 fé-

vrier, une douleur très-vive, avec boiterie intense du membre antérieur droit, apparue à la suite d'efforts infructueux faits par cet étalon pour effectuer la monte, et que nous avons mis sur le compte d'un écart de l'épaule qu'il aurait pu se faire en descendant maladroitement de dessus la jument, mais qui n'avait peut-être pas d'autre cause que la maladie elle-même. En tout cas, cette boiterie, comme les autres, avait à peu près complétement disparu le 23.

Ce même étalon, Kouina, a été pris, vous le savez, le 2 février, d'une véritable attaque de paraplégie presque complète, qui le mit dans l'impossibilité de se lever et de se tenir debout seul, et nous obligea à avoir recours de temps à autre à la suspension, afin d'éviter les excoriations, les plaies, les escharres qu'aurait pu amener un décubitus prolongé. Du reste, cette paraplégie, comme les boiteries, se dissipa peu à peu spontanément; elle avait presque complétement disparu le 12 février, et, actuellement, Kouina a peut-être plus de force dans le train postérieur que son camarade Zaatchi, qui n'a jamais offert de paralysie complète, mais seulement cette raideur particulière de l'arrière-main que j'ai signalée plus haut.

Chez ce même Kouina, il y avait déjà, au moment où nous l'avons reçu, le 21 janvier, paralysie complète des deux lèvres, du bout du nez et des oreilles, paralysies partielles qui ne sont pas signalées dans les observations qui accompagnaient ces chevaux, rédigées par les vétérinaires qui les avaient soignés en Afrique et qui ont dû se produire soit pendant la traversée de Constantine à Marseille, soit pendant le trajet en chemin de fer de Marseille à Lyon. Depuis lors, ces paralysies sont restées ce qu'elles étaient au début, sans augmenter ni diminuer. Elles donnent à l'animal qui les présente un aspect des plus bizarres, avec ses lèvres pendantes et flasques, ses oreilles tombantes,

comme celles de certaines races de porcs ; et vous savez aussi combien cette paralysie des lèvres rend difficile pour le pauvre animal la préhension des aliments et des boissons.

Ainsi le système locomoteur est profondément atteint chez nos deux malades, surtout dans les muscles de l'arrière-main, dont le volume est très-sensiblement diminué, et dont le fonctionnement est très-imparfait. Il y a évidemment parésie de ces muscles, avec contracture de quelques-uns d'entre eux. C'est ainsi que, lorsque les animaux s'appuient normalement sur leurs deux pieds postérieurs, on constate aisément que les muscles rotuliens, — triceps crural et du fascia lata, — considérablement diminués de volume, se dessinent sous la peau comme des cordes raides, tendues et dures au toucher.

Nous avons dû rechercher si ces muscles, dont la nutrition et le fonctionnement sont si imparfaits, sont encore sensibles à l'excitation électrique. C'est ce que nous avons fait le 23 janvier dernier.

Nous nous sommes servis pour cela d'un appareil de Gaiffe, à courants induits et interrompus. Après avoir couché ces sujets, pour procéder plus commodément à cette exploration, nous avons mis les deux pôles de la pile en contact avec différents muscles, les fessiers, les ilio-rotuliens, les ischio-tibiaux, les extenseurs et fléchisseurs du métatarse et du pied, et tous ces muscles, même ceux qui paraissaient les plus atrophiés, ont répondu franchement à l'excitation électrique, c'est-à-dire qu'ils se sont contractés immédiatement, sans retard et avec énergie. Ces organes ont donc conservé leur faculté contractile, et ce n'est point par la perte de cette faculté qu'on peut expliquer leur impuissance avérée.

C'est donc probablement parce qu'ils ne reçoivent plus

de la moelle l'excitation nécessaire qu'ils ne remplissent plus que très-imparfaitement leurs fonctions.

Peut-être, cependant, quelques-uns ont-ils perdu un certain nombre de leurs fibres contractiles ; peut-être à l'autopsie trouvera-t-on chez eux un certain degré d'altération trophique; cela est même probable; mais les fibres qui restent sont intactes et se contractent parfaitement. Voilà ce qu'on peut conclure de cette expérience et ce qu'il était important de constater.

Il eût été très-intéressant de savoir si les muscles des lèvres, du bout du nez, des oreilles, qui sont tout à fait paralysés chez Kouina, étaient encore excitables par l'électricité, j'ai déjà dit que l'extrême sensiblité de ce malade ne nous avait pas permis de faire l'expérience.

Enfin, nous devons encore signaler un autre symptôme très-important, indiqué comme tel par presque tous les auteurs, je veux parler de ces plaques que nous avons vues survenir à diverses reprises sur différentes régions de la peau, chez Zaatchi. Ce sont, vous vous le rappelez, des intumescences de la peau, aussi régulièrement circulaires que si on les avait tracées au compas, formant une saillie de 3 à 4 millimètres au plus au-dessus de la peau saine environnante, d'un diamètre variable entre 12 ou 15 et 40 à 50 millimètres, que nous avons vues survenir sur l'encolure, sur les côtes, sur le flanc, sur l'épaule, la cuisse, le fourreau et quelques autres régions. Elles apparaissent sans phénomènes précurseurs, au nombre de 2 à 4 au plus à la fois, sur divers points du corps plus ou moins distants les uns des autres. Un peu molles au début, elles durcissent un peu les jours suivants; non œdémateuses, aplaties à leur surface, même un peu déprimées au centre, fort peu sensibles à la pression, elles ne déterminent ni douleur ni prurit. Pas de soulèvement de l'épiderme, pas de suintement séreux; à peine un léger

hérissement de poils à leur surface. Tels sont les principaux caractères de ces intumescences ou plaques cutanées.

Elles persistent pendant 6, 8 ou 12 jours, puis s'affaissent peu à peu et disparaissent sans laisser de traces ; après quoi d'autres se montrent à des intervalles indéterminés.

Tels sont les symptômes que nous ont présentés jusqu'à ce jour nos malades. Vous voyez, messieurs, qu'en vous les résumant, je vous ai fait une seconde fois la description à peu près complète de la maladie.

Il serait donc inutile d'insister pour vous faire remarquer combien les deux cas que nous avons sous les yeux reproduisent fidèlement le tableau que nous en ont tracé les auteurs. Mais vous voyez aussi que ce tableau, pour être complet, a dû emprunter ses traits, tantôt à l'un, tantôt à l'autre de nos deux malades. Considérée chez un seul, l'expression symptomatologique serait donc incomplète et vous comprenez aisément qu'il doit souvent en être ainsi.

Il nous reste à examiner maintenant quels sont ceux de ces symptômes sur lesquels on doit principalement s'appuyer pour établir le diagnostic. Ce sera le sujet d'un autre entretien.

Sur la demande de notre honoré collègue, M. le professeur Saint-Cyr, nous avons examiné, particulièrement au point de vue de la proportion d'urée, l'urine provenant d'un cheval, Kouina, atteint de la *maladie du coït*, qui était en observation dans les hôpitaux de l'Ecole.

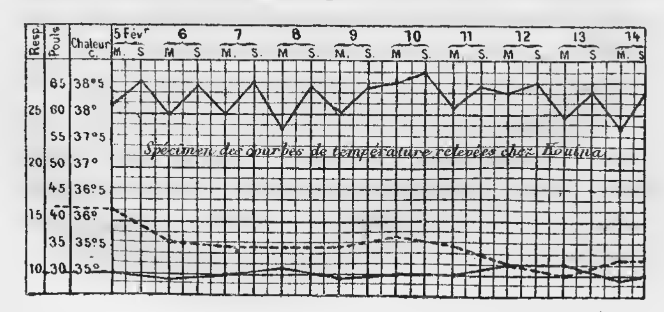
Les dosages ont été faits au moyen de l'hypobromite de soude (procédé d'Esbach), sur des échantillons d'urine filtrée. Nous nous étions préalablement assuré que la présence de l'acide hippurique n'entraînait aucune cause d'erreur.

Le tableau suivant indique les résultats obtenus :

DATES ET HEURES.	QUANTITÉ d'urine recueillie.	URINE TOTALE par 24 heures.	DENSITÉ. urine non filtrée.	DENSITÉ. urine filtrée.	PROPORTION d'urée, par litre.	QUANTITÉ D'URÉE en 24 heures.	OBSERVATIONS.
23 Mars. de 5 h. soir le (22) à 8 h. matin......	2000cc	2600cc	1,06	1,05	36 g.	92gr,4	Urine visqueuse, très filante fortement colorée.
de 8 h. matin à 5 h. soir	600		1,065	1,06	39,»		
24 Mars. de 5 h. du soir à 8 h. matin	1250	2190	1,06	1,06	38,»	82,37	—
de 8 h. matin à 5 h. soir	940		1,06	1,05	37,1		—
25 Mars. de 5 h. soir à 8 h. matin..........	1400	2001	1,06	1,05	35,4	72,69	—
de 8 h. matin à 5 h. soir............	601		1,06	1,05	38,5		—
26 Mars. de 5 h. soir à 8 h. matin..........	1800	2600	1,05	1,05	36,2	95,56	—
de 8 h. matin à 5 h. soir............	800		1,06	1,05	38,»		—
27 Mars. de 5 h. soir à 8 h. matin	1450	2220	1,07	1,05	38,2	84,65	—
de 8 h. matin à 5 h. soir.......	770		1,06	1,05	38,»		—
28 Mars. de 5 h. soir à 8 h. matin	2050	»	1,05	1,45	37,4	»	Moins filante.

La proposition d'urée dans l'urine normale étant d'environ 13,4 0/00 chez le cheval (Zundel, *Dict. de méd. et de chir. vét.*), elle est donc ici sensiblement plus forte.

Courbe thermométrique du 5 au 14 février.





Tracé thoracique chez Kouina, pris au moyen du pnéographe Marey modifié. — La ligne ascendante *a b* indique l'*inspiration ;* la ligne descendante b c, l'*expiration.* — Ce tracé indique une respiration tout à fait normale.



Tracé thoracique de la respiration chez Zaatchi. Mêmes indications que pour le précédent.

Le 9 juin 1877.

G. Pétaux.

IV

Psoriasis généralisé (non syphilitique) guéri en six jours par l'enveloppement de caoutchouc vulcanisé, par le Dr Balmanno Squire.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, de New-York, affecté de psoriasis depuis l'âge de 14 ans, et ayant eu en tout quatre attaques distinctes de sa maladie.

La première poussée s'est produite vers l'âge de 14 ans et a duré environ 5 mois.

La seconde a commencé à l'âge de 16 ans et a persisté deux mois. La troisième débuta à l'âge de 17 ans et dura 7 semaines; à cause de cette éruption il entra à l'hôpital de Boston, et là il fut guéri par des frictions avec l'huile de cade et l'huile d'olive à parties égales. Il fut alors débarrassé pendant quelques semaines de sa maladie, qui reparut cependant peu de temps après; depuis lors elle persiste, c'est-à-dire depuis décembre 1875 jusqu'à son entrée au British hospital, 23 mars 1876. Le malade est actuellement recouvert presque complétement de plaques de psoriasis. La tête, le front et les soucils sont complétement envahis par des squames épaisses, nacrées, traversées par des fissures profondes, et çà et là par des crevasses douloureuses et saignantes. L'éruption se présente sous forme de larges plaques sur les faces antérieure et postérieure du tronc et sur les membres inférieurs, mais elle est comparativement rare sur les bras.

Sept jours après son entrée, on lui fit porter, sur la peau,

un vêtement complet de caoutchouc se composant d'une chemise et de caleçons; il les conserva nuit et jour pendant six jours, à la fin de ce temps l'éruption avait complétement disparu sur le tronc et les membres, c'est-à-dire sur les parties qui avaient été recouvertes de caoutchouc. Pendant ce temps le psoriasis restait le même sur la tête, le front et les soucils. Trois semaines après son entrée il commença à porter un bonnet en caoutchouc vulcanisé qu'on tirait sur les sourcils le soir et la nuit, et dans le jour lorsqu'il restait à la chambre.

Il conserva le bonnet pendant 7 semaines. Le 24 avril (environ 4 jours après l'emploi du bonnet), on appliqua de la vaseline sur la tête toutes les fois qu'on enlevait le bonnet, c'est-à-dire la plus grande partie du jour, on continua ainsi pendant trois semaines.

La raison pour laquelle il ne portait pas continuellement le bonnet, c'est qu'il ne voulait pas qu'on le vît avec cette coiffure, on faisait alors des onctions avec la vaseline pour empêcher le cuir chevelu de devenir sec et dur lorsqu'on enlevait le caoutchouc. Depuis cette époque (24 avril) jusqu'à sa sortie, il employa pour ses paupières, qui depuis son enfance étaient affectées d'ophthalmie tarsienne, une pommade ainsi composée :

Oxyde jaune hydrarg., 0,35 centigrammes ;

Axonge, 30 grammes.

Le résultat fut très-satisfaisant, bien que la guérison ne soit pas encore complète.

Depuis lors la guérison de l'éruption parut s'arrêter, il employa la vaseline avec du goudron (mêmes proportions que dans la pommade au goudron ordinaire), cette dernière pommade étant trop siccative.

Le 10 mai on supprime la pommade au goudron.

Le 17 mai, on prescrit :

Vaseline } parties égales.
Goudron }

Cette pommade n'était pas assez grasse et agglutinait les cheveux au point qu'il lui était impossible de l'employer facilement.

Mai, 24:

Iodure rouge hydrarg, 0,75 centigrammes.
Huile d'amandes douces 1 gramme.
Onguent simple, 30 grammes.

Il l'employa pendant deux jours seulement ; elle provoqua une vive rougeur, une abondante desquamation et une forte cuisson.

Cette pommade paraît avoir amené une amélioration notable.

Mai, 25, on emploie vaseline seule.

Mai, 26. Actuellement toute trace d'éruption a disparu, excepté quelques plaques sur la partie postérieure du cuir chevelu. Pour cette raison on le renvoie de l'hôpital et on lui prescrit la pommade d'iodure de mercure, pendant un ou deux jours.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA SYMÉTRIE DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU.

Étude physiologique et clinique sur la solidarité des régions homologues et des organes pairs, par Mr LÉON TESTUT, premier interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Le titre du travail montre de suite par lui-même qu'il comprend deux parties distinctes, unies pourtant l'une à l'autre par un lien assez étroit.

La première s'occupe exclusivement des maladies de la peau ; la seconde embrasse des phénomènes d'ordre tout différent et relatifs à la pathologie des organes symétriques.

Dans l'étude qu'il consacre aux affections du tégument externe, M. L. Testut veut appeler l'attention sur le caractère symétrique qu'elles présentent souvent, et il apporte assez d'exemples à l'appui pour établir ce fait d'une manière indiscutable. Passant successivement en revue les différentes affections de la peau, en les faisant précéder d'une courte description clinique, il cite pour chacune d'elles bon nombre d'observations dans lesquelles la lésion s'est établie d'une façon symétrique ; soit que les deux points correspondants aient été affectés d'emblée, soit que l'un eût été pris un peu plus tardivement ou seulement d'une manière consécutive à l'autre. L'érythème, les affections vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, papuleuses, squameuses, y sont successivement examinés. Le zona lui-

même, pour lequel on a si longtemps considéré comme caractérisque l'unilatéralité rigoureuse dans la disposition des vésicules, y trouve une place assez vaste que remplissent des faits d'un grand intérêt.

Viennent enfin la sclérodermie, l'asphyxie locale des extrémités, les manifestations cutanées de l'acrodynie, de la pellagre, auxquelles l'auteur ajoute aussi le mal perforant et les accidents de la lèpre anesthésique.

M. Testu a puisé une inspiration dans un important mémoire antérieur de M. le docteur Rendu (1), auquel il emprunte du reste de nombreuses observations et dont il donne, chemin faisant,un résumé des conclusions; il examine en effet les troubles nerveux qui accompagnent les différentes manifestations cutanées et prépare ainsi la conclusion à laquelle il veut arriver, à savoir que cette symétrie tient à l'action du système nerveux dans la pathogénie des affections cutanées.

Cette proposition est nettement établie dans la suite, surtout pour les affections cutanées dont la lésion est un peu accentuée, telles que le pemphigus, l'asphyxie locale, et le mal perforant que l'auteur fait rentrer dans son cadre. Peut-être doit-on faire remarquer ici que certaines observations sont un peu en dehors de la question et nuisent à l'ensemble plutôt qu'elles n'y apportent leur concours. Ainsi, dans quelques faits d'eczéma professionnel symétrique, connu vulgairement sous le nom de gale des épiciers, l'hypothèse d'une origine nerveuse ne paraît pas nécessaire pour en expliquer le développement. C'est une petite critique que l'on peut se permettre dans l'appréciation d'un travail aussi considérable que celui de M. L. Testut.

(1) Rendu, Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau, *Annales de Dermatologie*, 1874 et 1875.

Après avoir mis en relief l'action du système nerveux dans ses réflexions à la suite des observations, l'auteur reprend ce sujet dans un chapitre intitulé : *Pathogénie générale des affections de la peau*, et apporte à son appui trois ordres de preuves : les unes tirées de l'observation clinique, les secondes des nécropsies, et les dernières de l'expérimentation physiologique.

Dans les preuves cliniques, on voit le développement de diverses lésions cutanées à la suite d'un traumatisme ou d'une affection spontanée du système nerveux ; ceci est surtout manifeste pour les érythèmes, les affections vésiculeuses, les altérations des ongles, des poils et les troubles de la sécrétion sudorale.

Des preuves anatomo-pathologiques n'existent que pour le zona. Quant aux preuves physiologiques, on n'a malheureusement jamais pu reproduire d'affections cutanées, malgré les diverses tentatives faites à ce sujet.

Il est enfin parlé spécialement de l'origine nerveuse de la sclérodermie, de l'asphyxie locale des extrémités, de l'acrodynie, de la pellagre et du mal perforant.

Dans un chapitre à propos de l'influence du système nerveux sur certaines hémorrhagies cutanées, l'auteur rapproche de plusieurs faits expérimentaux et cliniques le mode de production du purpura. Il arrive ainsi à l'opinion qu'avait énoncée M. Rendu dans son mémoire déjà cité, où le rôle prépondérant que joue le système nerveux dans l'établissement du purpura était déjà mis en lumière.

Une telle importance de ce système dans les affections cutanées en général est attribuée par l'auteur aux filets vaso-moteurs seuls agissant par l'intermédiaire de la circulation. Il rejette en effet l'existence des nerfs trophiques et met la nutrition intime des tissus en dehors de toute influence active du système nerveux.

Le mode d'action des nerfs vaso-moteurs sur la production des troubles trophiques est le plus souvent réflexe ; et la considération qui plaide le plus en faveur de cette hypothèse, c'est que les altérations de la peau sont plus fréquentes et plus accentuées dans le cas de sections incomplètes de nerfs que dans ceux où ils sont intéressés complétement.

Après être revenu ainsi sur les preuves de l'influence du système nerveux dans la pathogénie des affections cutanées, l'auteur recherche quelles conditions président à leur bilatéralité et à leur symétrie.

Il établit d'abord la disposition des centres vaso-moteurs en noyaux homologues échelonnés tout le long de l'axe gris médullaire, puis il distingue les affections symétriques d'origine centrale déterminées par une altération organique ou fonctionnelle des deux centres vaso-moteurs homologues, et celles dues à une impression sur le système nerveux périphérique. Il rattache à la lésion centrale 1° toutes les affections symétriques survenant dans le cours des maladies de la moelle ; 2° les érythèmes fugaces venant si souvent compliquer les fluxions articulaires ; 3° les érythèmes symétriques de l'acrodynie, de la pellagre ; 4° les cas de zona double ; 5° certains cas d'asphyxie locale, d'autres paraissant succéder à une cause périphérique ; 6° la plupart des cas de maux perforants symétriques, ainsi que les éruptions succédant à l'arrêt brusque des règles, et enfin, d'une manière générale, toutes les affections trophiques de la peau à disposition symétrique, pour l'explication desquelles on a vainement cherché une cause périphérique : ainsi l'eczéma des oreilles, des joues... etc.

Viennent ensuite les affections de la peau d'origine périphérique, succédant à deux excitations dystrophiques parties de deux régions homologues. Là encore, on voit reparaître les éruptions professionnelles qui ne semblent

pas, nous l'avons déjà dit, être autant sous l'influence du système nerveux. Après, l'asphyxie locale due principalement au froid tient une place qui paraît beaucoup plus méritée.

Arrive enfin l'étude des affections symétriques succédant à une excitation dystrophique unilatérale. Ce qui se passe dans ces cas est l'analogue de ce que Pflüger a établi dans une de ses lois sur les réflexes : si l'excitation est assez forte, la réflexion, d'abord limitée au côté excité, passe ensuite à l'autre dans un point homologue. La preuve s'en trouve dans des expériences physiologiques et des faits cliniques rapportés à l'appui. Ceux-ci sont malheureusement trop peu nombreux, mais les deux exemples qui y sont consignés sont assez importants pour faire nombre et permettre une conclusion. Dans le principal, après un coup de feu ayant intéressé le plexus brachial droit, on voit survenir une éruption érythémateuse bientôt suivie d'eczéma, non-seulement sur la main droite, mais aussi sur celle de l'autre côté.

La seconde partie de la thèse de M. Testut se trouve complétement en dehors de la question des affections cutanées, et n'est, d'après l'auteur lui-même, qu'un appendice destiné à fournir un nouvel appui aux lois de symétrie qu'il a voulu établir dans un grand nombre de phénomènes pathologiques. Pour cette raison, et à cause de la longue analyse qu'exigeait le travail volumineux touchant aux maladies de la peau, il est impossible de consigner toutes les idées importantes que contient ce dernier chapitre sur la *solidarité des organes pairs*. Après y avoir examiné le lien étroit qui existe entre les deux yeux, l'auteur étend les mêmes remarques aux oreilles, aux glandes salivaires, aux reins, aux testicules et aux ovaires, aux dents homologues, aux deux seins, aux articulations symétriques, aux hémi-

sphères cérébraux et enfin aux groupes musculaires qui se correspondent. Il s'y trouve des faits très-intéressants et dignes de remarque qui donnent lieu de souhaiter que le complément de cette partie, que l'auteur se propose de publier, ne se fasse pas longtemps attendre.

Dr Léger,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Pathologie générale des maladies de la peau, par le professeur J. Neumann.

(*Suite et fin.*)

Terminaison de l'inflammation.—L'inflammation peut se terminer de différentes manières : 1° par résolution, alors l'hyperémie cesse et l'exsudat est en même temps résorbé (résorption), l'épiderme se détache, le volume du tissu enflammé revient de nouveau à l'état normal, sans qu'il reste un changement anatomique appréciable (erythème, urticaire); 2° il se produit du pus au point infiltré, il se forme un abcès purulent, et alors le tissu est d'abord infiltré d'une quantité notable de leucocythes ; la suppuration se fera d'autant plus facilement qu'il se développe moins de vaisseaux dans le tissu enflammé ; par le fait de la destruction progressive, il se produit une exulcération, ou un ulcère, dans lequel habituellement les cellules de pus tombent en désagrégation moléculaire, se transforment en graisse sous forme de cholestérine ; notamment dans les abcès dits froids, on peut constater facilement un état semblable du pus, ou bien les tissus restent plus longtemps infiltrés, et alors il se fait une néoformation d'éléments tissulaires, d'où il résultera enfin du tissu conjonctif qui se transforme en cicatrice. Dans ce cas, l'infiltration cellulaire est plus considérable, se multiplie, la peau augmente de volume

(hypertrophie, hyperplasie); il se fait une prolifération cellulaire dans l'épithélium (réseau de Malpighi, endyma des (follicules); alors se forment, par division du noyau de la cellule et segmentation du protoplasma, plusieurs cellules, et, par cette scission qui se reproduit toujours, il survient enfin une augmentation notable de ces cellules (comme par exemple dans le psoriasis); c'est de la même manière que se fait l'accroissement dans le tissu conjonctif de la peau, où se produit, autour de chaque cellule nouvellement formée, une couche de substance intercellulaire. Le tissu dermique, l'adventice, le névrilemme et le sarcolemme des muscles lisses s'accroissent toujours d'après ce type (sclérodermie, eczéma chronique).

La dilatation vasculaire, la néoformation tissulaire et l'infiltration cellulaire sont surtout très-marquées dans l'inflammation chronique, il en est de même de la désagrégation du tissu, de la suppuration, de l'ulcération et autres métamorphoses régressives; comme aussi les néoformations se produisent ici beaucoup plus fréquemment que dans l'inflammation aiguë, les cellules isolées sont aussi ici plus grosses. Les fibres du tissu conjonctif perdent leur aspect fibreux, le tissu cellulaire sous-cutané perd son extensibilité et son élasticité (Billroth), il devient visqueux, gélatineux, lardacé et moins mobile.

Dans les changements de la peau que je viens de décrire, surtout dans la multiplication des éléments cellulaires, il est souvent difficile d'établir une ligne de démarcation précise entre la néoformation inflammatoire et l'hypertrophie. Il reste sans doute souvent, dans le dernier cas, de l'épaississement de la peau, de la pigmentation, par suite de l'extravasation, les éléments du tissu deviennent plus considérables et plus compactes; entre les masses anciennes, il se forme un nouveau tissu cellulaire, aux dépens des cellules infiltrées de tissu conjonctif, et c'est ainsi que se produit

l'état que l'on désigne sous le nom d'hyperplasie, comme par exemple dans l'éléphantiasis des Arabes; c'est la transition de l'inflammation chronique au néoplasme.

Des modifications analogues du tissu de la peau surviennent aussi dans les maladies de la peau qui sont occasionnées par des dyscrasies, par exemple dans la syphilis et le lupus; ce sont aussi, d'après leur nature, des inflammations chroniques de la peau; seulement les cellules et les noyaux persistent plus longtemps, à chaque nouvelle division cellulaire il se produit des éléments de plus en plus petits, qui enfin deviennent si petits qu'ils atteignent seulement aux limites des cellules, jusqu'à ce que enfin la multiplication des cellules puisse être tout à fait interrompue (Virchow). Il faut citer encore ces modifications dans les tissus qui sont organisés d'une manière plus durable et ont un accroisement typique indéfini, qui composent les tumeurs proprement dites dans lesquelles les éléments sont déposés entre les parties de l'ancien tissu.

L'atrophie des produits inflammatoires est un autre mode de terminaison de l'inflammation.

Puisque nous étudierons plus tard d'une manière encore plus approfondie ces maladies et que nous faisons abstraction de ces phénomènes que les éléments physiologiques subissent dans ce qu'on désigne sous le nom d'atrophie sénile de la peau, comme je l'ai prise pour sujet d'études particulières, que j'ai résumées de la manière suivante : un ratatinement et une sécheresse de la peau et de ses annexes surviennent par l'apport insuffisant, incomplet de matériaux nutritifs et, conséquemment, par formation ultérieure imparfaite des éléments, je me borne ici à étudier les processus atrophiques qui concernent d'abord les produits de l'inflammation. Ceux-ci sont :

a) Transformation cornée, (*b*) l'induration, (*c*) la calcification, (*d*) la dégénérescence amyloïde, (*e*) la dégénéres-

cenee caséeuse, (*f*) d. graisseuse, (*g*) la pigmentation, (*h*) la métamorphose albumineuse, (*i*) l'inflammation diphthéritique, (*k*) la tuméfaction œdémateuse.

a) La transformation cornée porte plus particulièrement sur le réseau de Malpighi et sur l'épithélium glandulaire.

b) L'induration occupe seulement le tissu conjonctif où le liquide de la substance intercellulaire disparaît, tandis que les cellules elles-mêmes se ratatinent et deviennent plus dures.

c) Dans la calcification, la pétrification, la transformation crayeuse (incrustation), les sels calcaires sont déposés le plus souvent autour des cellules tissulaires, rarement dans leur intérieur, sous forme de molécules fines, punctiformes qui, en général, sont disposées par couches, enfin les cellules sont tout à fait emprisonnées par ces molécules ; ces changements se présentent surtout dans l'épithélium des glandes sébacées et dans la peau des vieillards et il se produit fréquemment de ces formations que l'on désigne sous le nom de concrétions pierreuses de la peau.

d) La dégénérescence amyloïde (dégénérescence cireuse, gonflement vitreux, dégénérescence hyaloïde) part toujours des artères les plus fines ; les cellules paraissent toujours tuméfiées, leur noyau devient indistinct, ce n'est que plus tard que les cellules d'autres tissus sont encore envahies et, dans ce cas, elles deviennent au commencement plus grosses, leur contenu granuleux devient homogène et enfin le noyau disparaît complétement, et en conséquence toute la cellule est changée en une masse vitreuse et prend un aspect brillant. Si l'on traite ces cellules avec de l'iode elles prennent une coloration rouge brun, et par l'addition d'acide sulfurique elles deviennent d'abord violettes, puis elles passent au bleuâtre et enfin au vert. Probablement, c'est le protoplasma lui-même qui subit cette

modification; jusqu'à présent j'ai observé cette transformation dans la peau des vieillards et dans la coupe de la peau dans l'éléphantiasis des Grecs; Bærensprung l'a trouvée à la base du chancre induré.

e) La transformation caséeuse porte surtout sur les jeunes cellules qui subissent une désagrégation moléculaire et se transforment en une masse de mauvais aspect, friable ou grasse et caséeuse. L'absence de vascularisation conjointement avec la formation cellulaire est ici également cause de la désagrégation (Billroth). Les cellules se ratatinent, leurs noyaux disparaissent, leur multiplication ultérieure est suspendue. La transformation caséeuse survient principalement dans les ulcères tuberculeux et les abcès de la peau; rarement les gommes syphilitiques et les cellules des glandes subissent cette métamorphose.

f) La dégénérescence graisseuse de la peau, pathologiquement, présente le même processus que, physiologiquement, la formation du smegma; ici l'infiltration graisseuse se manifeste généralement par une disparition du noyau cellulaire, celui-ci se trouble plus tard et enfin la cellule meurt. Dans le lupus, la syphilis, sur la peau des vieillards, dans les cellules de la gaîne externe de la racine des poils, on trouve assez fréquemment cette métamorphose. Ce sont surtout les métamorphoses graisseuses qui préparent la résorption dans les processus inflammatoires.

g) Enfin, il faut citer l'infiltration pigmentaire. Le pigment se rassemble en partie dans les cellules elles-mêmes, en partie dans le liquide intercellulaire. La matière colorante provient de l'hématine du sang, et le pigment se forme principalement dans les points où ont eu lieu antérieurement des stases sanguines répétées. La matière colorante du sang se présente alors sous la forme de petits corpuscules ou cristaux, ou sous l'aspect de petits amas irréguliers;

h) La métamorphose albumineuse, dans laquelle le protoplasma se désagrége en corpuscules albumineux;

i) L'inflammation diphthéritique, dans laquelle les cellules se dissolvent rapidement dans un détritus albumineux. Cette forme apparaît de préférence chez les enfants à la mamelle en mauvais état, à la peau du creux de l'aisselle et de la région inguinale; la tuméfaction œdémateuse survient dans les jeunes cellules, dans les cellules de granulation et de pus, et résulte le plus souvent de l'emploi exagéré des bains, plus souvent survient encore dans l'anasarque.

REVUE DES JOURNAUX

KERION CELSI OU TINEA KERION.

TANTURRI. — *Kerion Celsi.* Il Morgagni, 1871, p. 150.

MAJOCCHI — *Dieci casi di Kerion Celsi.* Gazetta medica di Roma anno 1875, Num. 5 et *Studi anatomo-patologia*, idem, n° 5, 1877.

SCHILLING. — *Compendio clinico delle malattie cutanee, et reudi conto statistico di quelle anat. nell' ospedade di S. Gallicano nell anno* 1876, Roma 1877.

BARDAZZI. — *Kerion Celsi o Tinea Kerion* in commentario clinico de Pisa 1877, page 210.

On trouve dans le cinquième livre de Celse la description d'un état particulier caractérisé par les symptômes suivants :

1° Gonflement partiel, et sous forme de plaques arrondies, de grandeur variable, du cuir chevelu ;

2° Le derme d'un rose pâle présente une myriade de pertuis qui aboutissent aux follicules pileux;

3° Sécrétion d'un liquide purulent de densité variable ;

4° Détachement des cheveux avec ou sans leurs gaînes ;

5° Douleur spontanée ou par la pression, associée quelquefois à la fièvre;

6° Alopécie et acromie du derme.

Tilbury Fox attira l'attention, en 1866, sur cette maladie appelée le *kerion des Grecs;* et ses recherches lui ayant permis de reconnaître qu'elle était due au trichophyton de la tondante, il lui donna le nom de *teigne-kerion.* E. Wilson, Maiocchi, Tanturi et Schilling ont repris dans ces derniers temps l'étude de cette maladie. Il est curieux, en effet, de rechercher pourquoi le même parasite peut donner naissance à deux maladies différentes, la *teigne tondante* et le *kerion Celsi.*

Pour Tilbury Fox, la marche différente de ces deux maladies tient à la production de complications inflammatoires avec gonflement et proéminence des follicules pileux et des glandes sébacées, détachement de la gaîne des follicules par le parasite et sécrétion d'un liquide mucoïde analogue au flux catarrhal des muqueuses.

De très-nombreuses observations microscopiques faites par Maiocchi (de Rome) nous apprennent que le parasite a son siége le long de la gaîne du poil dans le follicule pilifère et dans le tissu connectif périfolliculaire. Dans quelques cas on peut voir le cheveu décoloré, recouvert par le trichophyton, et la gaîne détruite en quelques points, suppurant dans d'autres. Le follicule pileux est plein de cellules épithéliales, de globules de pus et de spores. On observe aussi l'altération de la couche de Malpighi et la destruction du tissu périfolliculaire; les glandes sébacées sont manifestement enflammées, la couche cornée est épaissie; l'épiderme intra-papillaire et les papilles sont hypertrophiés. Dans tous les cas la cavité de l'abcès correspond toujours au point où se trouve normalement un follicule. Dès lors, on peut comprendre la raison d'être des symptômes produits dans cette circonstance par le trichophyton. La

teigne tondante est produite par l'infiltration parasitaire de la couche cornée; c'est la forme squameuse ou maculeuse. Mais quand le champignon envahit la gaîne du poil, le follicule pilifère ou l'étage de Malpighi, comme il y trouve un terrain plus facile aux réactions, il y produit la teigne de Celse ; c'est la forme furonculeuse. Cette dernière est liée dans tous les cas à la présence de champignons sous forme de mycelium ; tant que le champignon reste à l'état de spore, il se limite à l'étage supérieur. Ce fait est encore confirmé par cette remarque de Tilbury Fox et de Wilson, que la place mycéliale du trichophyton est constamment précédée par le mycosis squameux ou maculeux, sous forme de teigne tondante ; le kerion ne prend naissance que par suite de circonstances relatives à l'âge du malade et à la morphologie du champignon, circonstances assez rares du reste.

S'il faut en croire le Dr Maiocchi, on trouverait en correspondance avec le favus une forme de *kerion*, déterminée par l'*achorion Schœnleinii* ; toutefois ce fait mérite confirmation.

Il est inutile d'ajouter que le traitement doit être avant tout basé sur la destruction du champignon. Tilbury Fox conseille d'épiler la partie et d'appliquer pour enlever la plus grande partie de l'agent nocif, et d'attaquer ce qui peut en rester par les parasiticides doux, tels que : solution d'acide phénique ou d'acide salicylique, de bichlorure, de mercure, etc... Schilling emploie de préférence la pâte camphrée, de Beau. L. JULLIEN.

SUR L'EMPLOI ET LA VALEUR DE L'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU, par le Dr Duncan BULKELEY.

On est encore loin d'être d'accord sur les principes et les règles que l'on doit observer dans l'emploi de l'arsenic,

aussi croyons nous utile de reproduire ici les conclusions d'un important mémoire que vient de publier le savant rédacteur en chef des *Archives of dermatology*.

1° L'arsenic administré à doses médicinales a une action tout à fait différente de celle qui se manifeste à la suite de doses toxiques ; la dose moyenne dans le premier cas est de 2 milligrammes d'acide arsénieux, tandis que la plus petite dose toxique est de 10 centigrammes.

2° L'arsenic à doses médicinales ne produit pas d'empoisonnement lent, mais il a été administré pendant des mois et des années en quantités dont une petite portion donnée à la fois occasionnerait immédiatement la mort. Hebra a donné en tout plus de 15 grammes à un seul malade.

Ce que l'on raconte des arsenicophages de Styrie est vrai; il mangent de l'arsenic pendant plusieurs années sans mauvais effet apparent.

3° L'arsenic administré par un médecin soigneux, à doses suffisantes pour être effectives, ne doit jamais donner lieu à aucun symptôme fâcheux.

4° L'arsenic est éliminé très-rapidement, principalement par les intestins et les reins, de telle sorte que les urines en contiennent au bout de quelques heures; une analyse faite avec soin ne peut en trouver aucune trace dans le cadavre, deux semaines après que l'on a donné la dernière dose d'arsenic.

5° L'arsenic ne s'accumule donc pas dans l'économie, et il n'y a rien à craindre de ce côté; mais quand on l'administre à doses croissantes son absorption peut être empêchée, et quand les doses sont très-élevées, l'absorption active d'une forte dose peut faire croire à une action tenant à son accumulation dans l'organisme.

6° Le premier symptôme d'une dose élevée d'arsenic, dans un très-grand nombre de cas, est une congestion de la

face et des yeux, irritation et sensibilité de la conjonctive. C'est là un point qu'il n'est pas nécessaire de dépasser, mais il peut être souvent utile de maintenir cette action jusqu'à ce que la maladie disparaisse. Avant que l'arsenic occasionne quelque accident, on observe soit les symptômes ci-dessus, soit des nausées ou de la diarrhée.

7° Il faut toujours faire prendre l'arsenic avec les aliments ou immédiatement après le repas; il est souvent préférable de le donner seul ou dans une petite tasse d'infusion amère.

8° Il faut tout d'abord purger le malade, et un laxatif donné de temps en temps favorisera tout à la fois l'action du remède et préviendra ou modifiera ses effets fâcheux.

9° Si l'urine devient trouble et la langue chargée, il est préférable de cesser l'arsenic pendant quelques jours et de donner des diurétiques; toutefois on peut prévenir quelques-uns de ces troubles en associant à la médication arsenicale un alcali, comme l'acétate de potasse, le carbonate de soude ou l'esprit aromatique d'ammoniaque.

10° Les préparations que l'on doit préférer pour administrer l'arsenic sont, par ordre de valeur, les suivantes : solution de chlorure d'arsenic, celle d'arséniate de potasse, celle d'arséniate de soude et d'arséniate d'ammoniaque, l'acide arsénieux, l'iodure d'arsénic et les arséniates de fer et de quinquina ; enfin la solution de chlorophosphite d'arsenic et l'arséniate d'ammoniaque dont l'efficacité n'est pas encore démontrée.

11° La dose d'arsenic, faible au début, doit être augmentée lentement jusqu'à ce qu'il se manifeste quelques-uns de ses effets physiologiques ou que la maladie disparaisse; on peut alors la diminuer un peu.

12° Il est très-important de faire prendre l'arsenic d'une manière très-régulière et constante, et toujours sous la surveillance d'un médecin.

13° L'arsenic est utile dans le rhumatisme chronique, et par suite dans les éruptions arthritiques; il rend des services dans certaines névroses, comme la chorée et la névralgie, par conséquent dans les affections de la peau avec éléments neurotiques; il possède des propriétés antipaludéennes et par suite il est utile dans les maladies de la peau qui présentent des symptômes périodiques comme l'urticaire intermittente, etc.; de même chez les malades atteints d'autres affections cutanées et qui ont été exposés aux influences miasmatiques.

14° L'arsenic est certainement utile dans le psoriasis, l'eczéma, le pemphigus, l'acné et le lichen, dans les cas appropriés et lorsqu'on tient compte de l'état des organes sécrétoires, du régime et autres éléments de la santé générale. Il a une action moins certaine dans le lupus, l'ichthyose, le sycosis, les verrues et les affections épithéliomateuses et cancéreuses. Il est absolument inutile ou dangereux dans les syphilides, les affections parasitaires (excepté dans des cas rares), dans l'éléphantiasis des Grecs et des Arabes, dans le purpura, le vrai prurigo, l'herpes zoster, la sclérodermie, le molluscum contagieux et fibreux, la kéloïde, le vitiligo, le nævus, etc.

15° La seule application locale d'arsenic qui soit justifiable, c'est seulement lorsque son énergie est si faible et l'étendue de son emploi si petite, qu'il n'y a aucun danger que l'absorption puisse se produire sans qu'on s'y attende, ou encore lorsque son action est assez énergique pour mortifier les tissus voisins et prévenir ainsi l'absorption, comme cela a lieu avec le mucilage de Marsden.

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont, 12, rue du Bac-d'Asnières. (375, 10-7.)
Le gérant, G. MASSON.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE, LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES MALADIES CONTAGIEUSES DU SYSTÈME PILEUX, par M. le Dr Hardy, professeur de clinique médicale à Paris.

(Mémoire lu au congrès international des sciences médicales de Genève.)

Il arrive parfois qu'on rencontre des individus dissimulant sous une perruque une alopécie plus ou moins complète, portant à la place des sourcils une raie noire faite habituellement avec un morceau de liége carbonisé, et auxquels l'absence de cils et de tout poil sur la face donne une physionomie étrange, surtout s'il s'agit d'hommes adultes qui devraient être pourvus de barbe, de moustaches ou de favoris. Cette alopécie est quelquefois congénitale ; mais le plus ordinairement elle est acquise, elle est survenue dans l'enfance ou même dans l'âge adulte ; et, soit qu'elle reste circonscrite à certaines régions, soit qu'elle ait atteint toutes

les parties pileuses du corps, elle est le résultat de mala-spéciales du système pileux.

D'autre part on observe, soit chez les adultes, soit chez les enfants et plus particulièrement dans les établissements consacrés à l'éducation de la jeunesse, certaines maladies du cuir chevelu caractérisées principalement par une altération de la peau et par une chute spontanée des cheveux. Chez les hommes adultes cette affection se développe souvent à la barbe. Chez certains malades elle peut se généraliser et atteindre non-seulement les poils qui existent sur certaines régions, mais même les poils rudimentaires qui existent presque partout sur l'enveloppe cutanée.

Ces maladies du système pileux, qui peuvent ainsi amener l'alopécie, ont été bien étudiées dans ces dernières années, elles ont été l'objet d'observations nombreuses, de travaux très-importants ; on a décrit avec soin leurs variétés, leurs différents aspects; et néanmoins, malgré ces recherches si approfondies, on est encore loin d'être d'accord dans le monde médical sur un assez grand nombre de points se rapportant à l'histoire de ces affections. La symptomatologie est parfaitement connue, mais les opinions diffèrent relativement à l'étiologie, à la nature et même au traitement. Ce sont précisément ces dernières parties de la question dermatologique dont il s'agit dont je veux m'occuper ici, en m'appuyant sur mon expérience personnelle et surtout sur les travaux des médecins français qui ont suivi les premières découvertes des savants allemands et suédois, signalant dans le favus et dans l'herpès tonsurant la présence d'un végétal parasite. A la tête de ces médecins français je dois placer mon collègue et ami Bazin, dont les expériences ont jeté une si vive lumière sur ce point de pathologie cutanée, et qui a proposé de réunir ces affections sous le nom général de *teignes*, indiquant ainsi leur similitude de nature.

Étiologie. Causes efficientes, occasionnelles.

Les maladies dont il s'agit sont le favus ou teigne faveuse, la tricophytie comprenant l'herpès circiné, l'herpès tonsurant et le sycosis, et enfin la pelade; tout le monde étant maintenant d'accord sur la nature du favus, maladie essentiellement contagieuse attaquant presque exclusivement les classes inférieures de la société et due incontestablement à la présence d'un champignon de l'*achorion Schœnleinii*, ainsi nommé pour perpétuer le nom du savant, Schœnlein, qui l'a observé pour la première fois en 1839. Pour ces trois maladies, m'occupant d'abord de l'étiologie, je commencerai par cette proposition, qui doit soulever des contradictions : elles sont toutes contagieuses et la contagion, directe ou indirecte, doit être regardée comme la seule cause occasionnelle de leur développement.

Cette faculté contagieuse, comme je le disais tout à l'heure, est incontestée pour le favus ; elle est acceptée généralement pour l'herpès tonsurant, mais elle est discutée pour l'herpès circiné et pour le sycosis, et elle est rejetée pour la pelade par beaucoup de médecins des plus distingués. Parlant d'abord de la trycophytie, en anglais *ringworm*, je pense que les faits positifs de contagion existent en assez grand nombre pour qu'on ne puisse les révoquer en doute. Comment expliquer sans cela ces exemples d'herpès circiné et d'herpès tonsurant développés successivement sur les membres d'une même famille ? comment comprendre les épidémies des mêmes affections survenant dans des asiles, dans des pensions, dans des ateliers ? et la contagion n'est-elle pas la cause bien évidente de la maladie, puisqu'on voit cette maladie cesser alors qu'on a éloigné tous les malades ? Dans les hôpitaux, dans les hôpitaux d'enfants principalement, on a vu l'herpès circiné et l'herpès tonsurant

affecter des malades placés à proximité des sujets atteints de la même affection; à l'hôpital Saint-Louis, de Paris, j'ai vu plusieurs élèves atteints d'herpès circiné au cou, au visage ou aux mains, alors que la même maladie existait dans la salle ; je puis même citer le fait d'un de mes collègues et amis, médecin à l'hôpital des Enfants, de Paris, et attaché au service des malades atteints d'affections cutanées, lequel contracta à l'avant-bras un herpès circiné rebelle qui ne céda qu'au bout de plusieurs mois de traitement. La maladie fut si longue et si pénible qu'elle détermina ce médecin à quitter l'hôpital des Enfants pour un autre établissement hospitalier, il ne voulut pas s'exposer à une nouvelle contagion.

Je ne fais aucune difficulté d'admettre également la contagion comme la cause du sycosis, malgré l'autorité de quelques dermatologistes des plus autorisés parmi lesquels je placerai en première ligne Erasmus Wilson et Hebra. Mais ici, il est indispensable d'admettre d'abord que sous le nom de sycosis on a confondu deux maladies bien distinctes et de nature différente : l'une dans laquelle il existe une inflammation simple des follicules pileux, et que j'ai proposé d'appeler *adénotrichie;* l'autre dans laquelle existe, comme cause des phénomènes inflammatoires, la présence d'un champignon et pour laquelle je désirerais qu'on réservât exclusivement le nom de *sycosis*. Cette dernière forme est seule contagieuse, elle se développe à la suite de la cohabitation avec des personnes atteintes soit de la même maladie, soit d'herpès circiné ou tonsurant; on la voit aussi se produire chez les individus qui se font raser chez des barbiers se servant d'un rasoir banal. Qu'on interroge les malades atteints de véritables sycosis, et la plupart diront qu'ils ont senti les premières atteintes du mal deux ou trois jours après s'être fait raser. Cette circonstance est évidente surtout alors qu'il s'agit de personnes qui se rasent elles-

mêmes habituellement et qui par exception ont recours à un barbier. Je puis citer l'exemple d'un de mes clients habituels qui réclama un jour mes soins pour un sycosis bien caractérisé ; c'était un homme riche, appartenant à la société dans laquelle on ne rencontre guère ces sortes d'affections. Un jour, étant pressé, et n'ayant pas le temps de rentrer chez lui, il s'était fait raser par un barbier et la maladie avait apparu quelques jours après sur une des joues sous la forme d'un disque érythémateux bientôt suivi d'une éruption de pustules et de tubercules avec l'altération spéciale des poils. Ces faits de contagion sont très-communs, très-faciles à établir; on remonte ordinairement assez aisément à la source du mal, et j'ai de la peine à comprendre comment Hebra, qui admet la contagion de l'herpès tonsurant de la barbe, déclare n'avoir jamais rencontré un seul fait de contagion du sycosis, alors qu'il décrit dans cette maladie tous les caractères appartenant au vrai sycosis.

A côté des exemples que je viens de citer, j'invoquerai encore en faveur de la nature contagieuse des herpès les inoculations qui ont été tentées avec succès par Bazin, Deffis et Köbner de Breslau. Je sais bien que ces tentatives d'inoculations n'ont pas toujours réussi, et quelques expérimentateurs affirment avoir toujours échoué dans leurs essais ; mais, comme je le dirai tout à l'heure, il faut pour être atteint d'un herpès et même d'un favus une prédisposition spéciale sans laquelle la maladie a de la peine à se développer. Tout le monde n'est pas susceptible d'être affecté de ces maladies; je dirai même que fort heureusement cette prédisposition se rencontre rarement ; et cela explique non-seulement l'insuccès des inoculations, mais la possibilité pour certaines personnes de vivre impunément à côté de malades atteints des diverses variétés de teignes.

Mais c'est surtout à propos de la pelade, désignée encore sous le nom de *porrigo decalvans* (Wilson), de *vitiligo*

(Cazenave), d'*alopécie aréatée* (Hebra), de *teigne aréatée* (Anderson), que se sont élevées les opinions opposées à la faculté contagieuse de la maladie. Cazenave, Devergie, Erasmus Wilson, Tilbury Fox, Hebra, nient positivement la contagion de la pelade, et ce dernier auteur, qui admet que cette affection est causée par un trouble de l'innervation, va jusqu'à dire que lorsque plusieurs personnes ont été atteintes de pelade dans la même famille, ce qui arrive fréquemment, on doit alors admettre que le développement de la maladie est le fait d'une disposition héréditaire à une névrose spécifique, comme pour les névroses d'un autre genre (Hebra, *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 209, traduction Doyon).

J'avoue pour ma part que je ne puis comprendre que des observateurs aussi distingués que ceux dont je viens de citer les noms refusent de croire à la contagion de la pelade, en face des faits si nombreux et si incontestables de transmission de cette affection d'un individu malade à d'autres personnes saines, après un contact direct ou indirect ou après une cohabitation. C'est ainsi qu'on a vu fréquemment et dans beaucoup de pays de véritables épidémies de pelade se développer dans des asiles, dans des écoles et ayant eu pour point de départ l'arrivée dans l'établissement d'un enfant malade. A Paris, ces épidémies ont été observées très-souvent et ont été notées même par les médecins qui refusent à la pelade toute faculté contagieuse.

D'une manière plus restreinte, dans les familles, on voit également la pelade gagner successivement plusieurs personnes vivant en communauté ; j'ai vu un grand nombre de fois des frères, des sœurs, des enfants, des pères, des mères être atteints successivement de plaques de pelade de manière à ce qu'on put suivre la propagation de la maladie de l'un à l'autre. J'ai vu encore plusieurs fois la pelade importée dans une maison par des domestiques. J'ai déjà cité ail-

leurs ce fait d'un homme aisé qui vint me consulter pour une pelade de la barbe et qui avait à son service un domestique atteint depuis plusieurs mois de la même maladie à la la tête ; il avait gardé chez lui ce domestique, d'après l'avis d'un médecin qui avait qualifié la maladie de vitiligo, et qui lui avait affirmé qu'elle n'était pas contagieuse. Il y a quelques années, en 1871, j'ai vu, dans la maison d'un de mes parents, un concierge ayant gagné une pelade pendant le siége de Paris, après avoir couché dans des corps de garde et sur des matelas sales servant à un grand nombre de personnes ; cet homme eut une pelade rebelle et étendue ; il faisait un service de domestique chez le propriétaire, un valet de chambre et le fils de la maison furent successivement atteints de la même maladie, et pour éviter une contagion fort étendue je dus lui faire interdire l'entrée des appartements.

D'après ces faits, dont je pourrais multiplier considérablement le nombre, et quoiqu'on ne puisse pas s'appuyer jusqu'à présent sur le résultat d'inoculations directes, je me crois autorisé scientifiquement à admettre que la pelade est contagieuse et que cette proposition doit guider le médecin dans les mesures préventives destinées à empêcher la propagation de la maladie.

La contagion des maladies, dites teigneuses, peut avoir lieu suivant plusieurs modes : d'abord par l'inoculation, ainsi que cela a eu lieu dans les expérimentations ayant pour but de démontrer la nature contagieuse de ces maladies et qui ont réussi, relativement au favus et à la tricophytie, entre les mains d'un assez grand nombre de médecins parmi lesquels je citerai Bennett, Hebra, Vogel pour le favus, Köbner, Bazin, Deffis et Anderson pour la tricophytie. Mais cette inoculation peut également être accidentelle par le grattage et le dépôt dans l'épaisseur de l'épiderme d'une poussière favique ou de squames tricophytiques ; c'est encore par une

espèce d'inoculation que se développe souvent la sycosis : plusieurs malades disent en effet avoir été coupés par le rasoir d'un barbier quelques jours avant l'apparition des premiers signes de la maladie, et c'est à l'endroit de cette coupure que se développent d'abord la rougeur et la desquamation initiales.

Le second mode de contagion, plus commun, est le contact direct, ainsi que cela arrive en couchant dans le même lit qu'une personne malade, en ayant de fréquents rapports de cohabitation et de contact, comme le font les enfants en jouant ensemble, les parents et les enfants en s'approchant et en vivant intimement. Comme exemple de propagation par contact, je citerai encore l'apparition fréquente de l'herpès circiné sur le dos la main des personnes atteintes de sycosis, et qui, pour calmer la démangeaison, se frottent le menton avec le dos de la main.

Mais le plus ordinairement la contagion est indirecte et a lieu soit par des objets ayant été en contact avec la partie malade, soit par l'intermédiaire de l'air. Très-souvent la maladie se transmet par des bonnets, des chapeaux, des vêtements, des peignes, des brosses, des objets de toilette communs à plusieurs personnes ; c'est de cette manière que se propagent ordinairement l'herpès circiné et la pelade dans les asiles et dans les pensions. Le plus souvent c'est chez les coiffeurs et les barbiers que les adultes vont prendre les pelades et les sycosis dont ils sont atteints. Je signalerai encore comme un lieu de contagion les voitures publiques, dans lesquelles la tête de chaque voyageur est appuyée au même endroit. J'ai vu plusieurs fois la pelade se développer après un voyage, et il me semble permis d'admettre alors le mode de contagion que j'indique.

Mais dans bien des circonstances il n'y a eu aucun contact, ni direct, ni indirect, et alors on est bien obligé

d'admettre que la eontagion peut avoir lieu par l'intermédiaire de l'air : il est indubitable que la poussière des eroûtes faviques et des squames épidermiques provenant de la peau atteinte de tricophytie ou de pelade se répand dans l'atmosphère et peut aller se porter sur un point queleonque du eorps d'un individu sain et partieulièrement sur le euir ehevelu et sur la faee, qui ne sont pas habituellement eouverts et où eette poussière peut être retenue plus faeilement par les eheveux ou par la barbe. Cette propriété eontagieuse de l'air et la présenee réelle de poussières faviques au milieu de l'atmosphère, ont d'ailleurs été rendues incontestables par une expérienee aussi eurieuse qu'ingénieuse de Bazin. Ayant ehoisi un malade atteint de favus étendu à tout le euir ehevelu, il le plaça devant une fenêtre, de manière à ee qu'un violent eourant d'air passât immédiatement au-dessus de la tête en se dirigeant sur un bassin rempli d'eau glaeée placé à einquante eentimètres de distanee. Le malade se frottant la tête avec ses doigts, on distinguait manifestement dans le eourant d'air une poussière visible à l'œil nu et dans laquelle le mieroseope permit de reeonnaître des spores d'*achorion* ; dans l'eau du bassin on trouva également un grand nombre de spores isolées, une trentaine dans une goutte d'eau.

La transmission des maladies eontagieuses du système pileux peut avoir lieu des animaux à l'homme : l'herpès tonsurant, le favus ont été observés ehez quelques animaux ; le premier a été indiqué ehez quelques animaux domestiques, chez les ehevaux, les mulets, les ehats, les ehiens, et partieulièrement dans l'espèee bovine. Malherbe de Nantes, avant qu'on ne connût la nature parasitaire de eette maladie, avait eité des observations ineontestables d'herpès tonsurant transmis des vaehes et des veaux à eeux qui les soignaient. Bazin, Andersou et moi, nous

avons vu des exemples d'herpès circiné développé chez des soldats cavaliers et chez des palefreniers pansant des chevaux qui présentaient des taches circulaires, squameuses, supportant des poils cassés et altérés, comme cela se rencontre dans l'herpès tonsurant.

Le favus paraît exister également chez les animaux et plus particulièrement sur les souris et les chats. Dans ses leçons sur les affections parasitaires de la peau, Bazin raconte qu'un médecin américain, le Dr Draper, lui communiqua la relation d'une maladie observée à New-York sur plusieurs souris prises au piége et caractérisée par des croûtes jaunâtres, déprimées au centre et représentant assez exactement, pour la couleur et la forme, des croûtes faviques. Ces souris furent données à manger à un chat, qui offrit quelque temps après une croûte semblable au-dessus de l'œil ; plus tard deux jeunes enfants de la maison, qui jouaient habituellement avec le chat, furent affectés successivement et à quelques jours d'intervalle de croûtes jaunes, circulaires, qui se montraient à l'épaule, à la face et à la cuisse. Le médecin appelé crut reconnaître l'existence d'un favus. Quelques-unes de ces croûtes, qui avaient été recueillies, ayant été envoyées plus tard à Paris par le Dr Draper, de retour dans son pays, Bazin y découvrit au microscope des spores évidentes d'*achorion*.

Anderson rapporte avoir vu au dispensaire pour les maladies de la peau, à Glascow, en 1864, une pauvre femme et un de ses enfants affectés de favus sur les parties non pileuses du corps ; le mari de cette femme et deux autres de ses enfants étaient atteints de la même maladie. Il y avait beaucoup de souris dans la maison et on leur avait donné un chat pour les détruire. Les souris ne purent être examinées ; mais le chat présentait sur les pattes de devant de nombreux godets de favus. Anderson cite une autre observation à peu près semblable, puis le fait d'un chien at-

teint de favus à la patte : ce chien avait l'habitude de tuer des souris nombreuses dans la maison. Dans les croûtes provenant du chien et des souris, le microscope démontra la présence de spores d'*achorion*.

Enfin Müller a observé le favus sur un coq cochinchinois et sur plusieurs poulets de la même basse-cour ; Gerlach dit avoir noté la transmission de la même maladie du coq à l'homme, et Köbner réussit à développer le favus chez des cochons d'Inde en leur inoculant des croûtes faviques prises sur un sujet humain. Ces différents exemples prouvent l'existence de la tricophytie et du favus chez quelques espèces animales, et la possibilité de la transmission de cette maladie des animaux à l'homme.

Causes prédisposantes.

J'ai dit que tout le monde n'était pas susceptible de contracter une maladie contagieuse du système pileux et qu'il fallait pour cela une disposition spéciale de l'économie. C'est ce qui explique l'immunité d'un grand nombre de personnes au milieu des sources de la contagion ; c'est ce qui explique surtout la difficulté des inoculations réussies. Suivant moi, cet état général de l'économie joue un très-grand rôle dans le développement des maladies dont nous nous occupons ici et dans leur durée. C'est un élément dont il faut tenir grand compte et qu'on néglige peut-être un peu trop dans le traitement de ces affections.

Le jeune âge est une des conditions les plus favorables pour le développement des teignes et particulièrement du favus et de la tricophytie tonsurante : cette dernière variété d'herpès se rencontre à la tête, exclusivement chez les enfants ; on en observe quelques plaques sur la barbe des adultes, soit seules, soit unies aux lésions du sycosis ; la tricophytie circinée, la pelade s'observent indifférem-

ment à tous les âges ; ces maladies sont cependant rares chez les vieillards. Le sycosis, qui siége dans la barbe, ne se rencontre guère qu'à l'âge adulte. De même il ne se développe ordinairement que chez les hommes ; on en a cité cependant quelques cas chez les femmes, à la face chez certaines femmes, dites à barbe, parce qu'elles ont le système pileux très-développé, et aussi chez quelques autres dans les régions velues ; mais ces cas sont tout à fait exceptionnels. A part le sycosis, il y a peu de chose à dire du sexe ; d'après les statistiques, il semble cependant que les garçons sont plus souvent sujets que les filles au favus, à l'herpès tonsurant et à la pelade (1) ; peut-être est-ce parce que les petites filles ont l'habitude d'avoir la tête plus souvent couverte que les garçons, ou que leurs cheveux longs empêchent la poussière contagieuse de pénétrer sur le cuir chevelu.

L'herpès tonsurant, le favus surtout, se développe de préférence chez les individus lymphatiques et principalement chez les scrofuleux, et on voit fréquemment les croûtes faviques et les plaques d'herpès asssociées à d'autres lésions de la scrofule. Néanmoins le sycosis, la pelade se rencontrent chez des individus vigoureux et n'ayant aucune apparence de lymphatisme. Le favus est presque inconnu dans les classes aisées de la société, chez les gens habitués aux soins ordinaires de la propreté ; c'est une des maladies de la misère ; il est plus commun dans les campagnes que dans les villes, et il m'a semblé que l'habitude de coucher pendant la nuit dans des écuries ou dans des étables pouvait constituer une cause prédisposante spéciale; l'*achorion* trouverait alors, comme d'autres cryptogames,

(1) On a constaté plus souvent des épidémies de ces maladies dans les lycées et dans les écoles de garçons que dans les pensions de jeunes filles.

une condition favorable de développement dans l'atmosphère chaude des écuries et des étables.

Mais je ne saurais trop insister sur ce fait, qu'indépendamment de l'âge, du sexe, du tempérament, du rang social, la contagion sévit surtout sur des individus dont la constitution a été débilitée par de mauvaises conditions hygiéniques soit momentanées, soit permanentes; les gens mal logés, mal nourris, ceux qui font des excès, ceux qui sont surmenés par des fatigues excessives ou tourmentés par des chagrins, sont plus sujets que d'autres à contracter des maladies contagieuses du système pileux.

Pendant le dernier siége de Paris par les armées allemandes, alors que la population enfermée dans la ville était profondément débilitée par les privations de toute sorte, le nombre des herpès et des pelades fut augmenté, et je me suis trouvé plus tard appelé à donner des soins à un assez grand nombre d'hommes et de femmes de la classe aisée de la société atteinte spécialement de pelades. Comme cause efficiente et accidentelle de contagion, on pourrait invoquer chez les premiers le séjour dans les corps de garde, pour les femmes la fréquentation des ambulances. Mais chez tous il y avait eu probablement une grande dépression de l'économie.

Nature des maladies contagieuses du système pileux.

A Paris, et principalement dans l'école de l'hôpital Saint-Louis, depuis les travaux de Bazin, on ne fait plus difficulté de considérer les maladies dites teigneuses comme étant de nature parasitaire et comme étant dues à la présence d'un parasite végétal. Les oppositions manifestées au moment de la naissance de cette doctrine se sont peu à peu effacées, et on peut dire aujourd'hui que cette manière de voir est à peu près unanime à Paris et en France. Mais il

n'en est pas de même partout : en Angleterre, en Allemagne, il règne encore sur ce point des opinions diverses qui créent la nécessité d'une discussion scientifique.

Pour le favus, sauf Erasmus Wilson qui ne veut reconnaître la présence d'un parasite végétal dans aucune maladie cutanée et qui considère les organes du champignon comme des débris d'éléments normaux de la peau, tout le monde aujourd'hui reconnaît que la maladie est due à la présence d'un fungus, de l'*achorion Schœnleinii ;* de même pour l'herpès tonsurant dans lequel on reconnaît l'existence du *tricophyton ;* mais les dissidences se produisent à l'occasion de l'herpès circiné et du sycosis et elles s'accentuent bien davantage relativement à la pelade. Je crois cependant, pour ma part, qu'il y a moyen de démontrer scientifiquement la nature parasitaire de ces affections.

Pour l'herpès circiné, il est facile de trouver au milieu des squames épidermiques et sur les poils follets, des spores semblables pour la forme et pour l'aspect à celles de l'herpès tonsurant ; elles sont seulement un peu plus petites, un peu moins régulières et se rapprochent de la première description donnée par Gruby en 1843 du champignon trouvé dans la mentagre et pour lequel il avait proposé le nom de *mentagrophyte ;* Bazin le considère comme un *tricophyton* altéré ou peu développé, peut-être en raison du sol peu favorable dans lequel il se trouve. L'observation clinique vient également démontrer l'identité de nature de l'herpès tonsurant et de l'herpès circiné, en faisant reconnaître fréquemment chez le même malade la coïncidence d'un herpès tonsurant à la tête et d'un herpès circiné dans un point quelconque du corps, mais plus particulièrement à la face, au tronc ou au dos des mains ; il semble que le champignon se soit semé en tombant de

la tête. Fréquemment aussi on voit sur les personnes d'une même famille exister des plaques d'herpès tonsurant chez les enfants, des cercles d'herpès circinés chez les adultes et plus particulièrement chez les mères ou chez les domestiques qui soignent les enfants. Enfin l'observation permet souvent de reconnaître sur des enfants une plaque d'herpès développée aux confins du cuir chevelu et placée de manière à ce que la moitié supérieure du disque affecte la surface pileuse et la moitié inférieure la peau de la nuque ou du front. Dans cette circonstance on peut voir la partie de la plaque malade correspondante au cuir chevelu présenter l'aspect de l'herpès tonsurant et la partie inférieure, développée sur une partie non pileuse, offrir tous les caractères de l'herpès tonsurant; dans ce cas il est évident que les deux parties de la plaque, quoique dissemblables à l'apparence, appartiennent à la même maladie et qu'il n'y a là qu'une question de siége; si donc l'herpès tonsurant est parasitaire (ce que tout le monde accepte), l'herpès circiné est évidemment de même nature. Ces raisons tirées de l'inspection microscopique et de l'observation clinique nous paraissent donc suffisantes pour conclure que l'herpès circiné est comme l'herpès tonsurant une maladie parasitaire due à la présence du tricophyton, d'où le nom de *tricophytie circinée* que j'ai proposé pour désigner cette maladie.

La nature du sycosis a été encore plus discutée, et parmi les adversaires de la nature parasitaire de cette affection, je rencontre un champion redoutable, par sa science dermatologique et par sa position médicale élevée, Hebra, de Vienne. Ce savant, pour lequel je professe la plus haute estime, dit n'avoir jamais rencontré de cryptogames dans le vrai sycosis caractérisé par des pustules, des tubercules et une infiltration inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané, et « considérant à quel point il est facile de com-

mettre des erreurs dans les recherches microscopiques et combien nombre d'ouvrages sur les maladies cutanées renferment d'assertions erronées en matière de fait, il continue à exprimer un doute sur l'existence du sycosis parasitaire, jusqu'à ce qu'il ait vu lui-même un exemple de l'affection à une période quelconque de son évolution. » (*Traité des maladies de la peau*, traduct. Doyon, t. I, p. 740.)

Cette opinion émise par Hebra a été partagée en Allemagne par Bœrensprung, G. Simon et Wedl ; néanmoins, malgré ces autorités, je pense qu'il est facile de la combattre et de prouver la nature parasitaire du sycosis, d'abord par l'inspection microscopique et ensuite par les observations cliniques. Il est, en effet, très-commun de pouvoir rencontrer soit dans la gaîne épidermique qui recouvre le poil malade et qui lui donne une couleur blanche près de son implantation, soit dans le poil lui-même des spores caractéristiques n'ayant aucune ressemblance avec des débris épidermiques, et qui appartiennent d'une manière bien évidente au *tricophyton* rencontré dans les cheveux arrachés sur une surface d'herpès tonsurant. On ne trouve pas ces spores sur tous les poils pris sur la surface d'un sycosis, cela est vrai, on a même souvent de la peine à rencontrer un poil contenant des spores ; quelquefois même on n'en trouve pas ; mais cela tient à ce que tous les poils ne contiennent pas de matière cryptogamique, plusieurs étant sains, et dans d'autres le champignon ayant été détruit ou altéré soit par le pus qui se développe dans la gaîne épidermique du poil, ainsi que l'a dit Bazin, soit par toute autre cause. Il en est dans ces circonstances comme pour certains cas de gale dans lesquels il est impossible de pouvoir se procurer un acare, et cependant quel est le médecin aujourd'hui, qui conclurait à la nature non parasitaire de la gale, parce qu'il ne réussit pas toujours

à trouver des acares. Dans les deux cas, il y a des parasites, seulement nous ne les découvrons pas.

D'autre part les observations cliniques nous démontrent l'association fréquente du sycosis et de l'herpès circiné, l'existence simultanée sur plusieurs membres de la même famille de l'herpès tonsurant, de l'herpès circiné et du sycosis, et le développement fréquent de cette dernière maladie chez le père d'un enfant atteint d'un herpès tonsurant de la tête ou d'un herpès circiné; si donc, ces herpès sont causés par la présence d'un champignon, il est également impossible de nier la nature parasitaire du sycosis.

J'arrive maintenant à la pelade, et c'est certainement à propos de la nature parasitaire de cette dernière affection qu'on voit surgir les objections les plus nombreuses et les plus motivées ; elles s'appuient sur ces motifs que cette maladie n'est pas contagieuse et que pour la plupart des médecins et des savants qui l'ont cherché, le champignon, décrit sous le nom de *microsporon Audouini* a été introuvable. Je crois avoir déjà répondu à la première objection en cherchant à établir par des faits nombreux la faculté contagieuse de la pelade ; quant à la seconde, je dirai que si on n'a pas trouvé le *microsporon*, c'est qu'on l'a mal cherché, c'est qu'on ne savait pas où il se trouve ; et les recherches de Malassez (*Archives de physiolog.*, 1874, p. 203) ont appris maintenant que ce champignon se trouve, non dans le poil où on le cherchait en vain, mais dans les écailles épidermiques obtenues en raclant la peau sur des plaques dénudées. J'ai été à même de constater plusieurs fois dans des écailles épidermiques prises chez des malades atteints de pelade, le champignon décrit par Malassez et pour ma part, en me fondant sur ces résultats microscopiques et sur la contagion bien évidente de cette maladie, je persiste à considérer la pelade comme une maladie para-

sitaire, laquelle cependant, ainsi que je l'ai déjà indiqué, demande pour se produire des circonstances prédisposantes particulières, de la part du sujet qui en est atteint.

J'en aurais fini avec les recherches microscopiques afférentes aux maladies contagieuses du système pileux, si je ne croyais pas devoir dire encore un mot relativement à une opinion née en Angleterre et avancée par Lowe, Jobès Hoog et Tilbury Fox lesquels cherchent à établir que toutes les maladies parasitaires de la peau dues à un végétal parasite sont causées par le même champignon, et que la diversité d'aspect de ces maladies dépend seulement du degré de développement du végétal et de son siége dans les parties constituantes du poil et de l'épiderme. Tilbury Fox, prenant pour exemple ce qui se passe pour les cysticerques et pour les tænias, pense qu'il en est de même des parasites végétaux et que, l'*achorion* étant le végétal parvenu à son entier développement, le *microsporon Audouini* représenterait ce végétal à l'état naissant, tandis que les âges intermédiaires se retrouveraient dans la tricophytie. Le même auteur invoque encore à l'appui de sa doctrine l'observation de faits cités par lui dans lequel le diagnostic était très-difficile à établir entre le favus et l'herpès tonsurant et d'autres plus concluants dans lesquels on a cru voir la transformation du favus en herpès tonsurant et le développement du favus à la suite du contact avec des malades atteints de tricophytie. Si ces derniers faits étaient incontestables, ils apporteraient un appui puissant à la doctrine professée par Lowe et Tilbury Fox ; mais précisément, dans les cas douteux, la difficulté du diagnostic peut expliquer des erreurs ; et d'autre part dans des cas où l'on a inoculé des poussières végétales, ainsi que cela a été fait par Bazin et Deffis, par Köbner et Anderson, on a toujours vu le favus inoculé donner lieu au favus et le

tricophyton donner lieu à un herpès tonsurant ou à un herpès circiné, de même que dans l'observation clinique on voit chaque maladie contractée par contagion ressembler à l'affection qui a été le point de départ de la maladie. Pour ma part je n'ai jamais vu la transformation des maladies parasitaires du système pileux invoquée par Fox et j'ai toujours vu les espèces garder leur individualité soit chez le même malade, soit chez les victimes de la contagion. Et je ne puis expliquer ces faits apparents de transformation que par des difficultés de diagnostic ou par la coïncidence possible et réelle, chez la même personne, de deux affections parasitaires, dont les caractères propres à chacune se montreraient successivement. Mais ces faits sont bien rarés, et si dans la pratique on voit fréquemment l'herpès circiné, l'herpès tonsurant et le sycosis coïncider soit sur le même individu, soit sur les membres d'une même famille, et si l'examen microscopique démontre positivement l'identité du champignon dans ces trois variétés, de manière à ce qu'on soit en droit de considérer ces trois affections comme causées par le même parasite et comme ne devant leur différence d'aspect qu'à la différence de siége, d'un autre côté on est obligé d'admettre que le favus, la tricophytie et la pelade dépendent de la présence d'un parasite différent, décrit et dénommé d'une manière différente en histoire naturelle et que ces maladies poursuivent leur cours avec leur individualité propre sans qu'une espèce puisse se transformer dans une autre. En un mot, soit sur la même personne, soit chez d'autres par transmission, le favus reste toujours favus, la tricophytie tricophytie et la pelade pelade.

Traitement.

Je ne crois pas devoir entrer ici dans les détails du traitement des maladies contagieuses du système pileux ; je

tiens seulement à répéter d'abord que, grâce aux travaux contemporains et principalement grâce aux recherches de Bazin, la thérapeutique rationnelle et scientifique de ces affections est venue maintenant remplacer l'empirisme le plus grossier qui règne encore malheureusement sur ce point dans certains pays,

Les maladies dont il s'agit sont de nature parasitaire, il faut donc détruire le parasite ; c'est la première chose à faire, mais il faut aussi s'efforcer de modifier les conditions constitutionnelles sous l'influence desquelles il a pu se développer et se perpétuer. La première indication est remplie par le traitement local qui comprend d'abord l'épilation des parties malades en l'étendant un peu au delà des surfaces atteintes d'une manière apparente, et en la répétant au besoin ; puis des lotions et des frictions parasiticides faites à l'aide de solutions ou de pommades dont la composition peut varier, mais dont les préparations mercurielles font les bases les plus communes et les plus sûres. Quant à la seconde indication qui se rapporte à l'état général du malade, elle est remplie par l'emploi des moyens médicamenteux et hygiéniques qui peuvent fortifier l'économie. En parlant de l'étiologie, j'ai insisté sur le rôle que les causes débilitantes me paraissent jouer sur le développement et la durée des parasites ; et dans le traitement des maladies parasitaires du système pileux, je crois de la plus grande importance de chercher à modifier les mauvaises conditions de l'économie à l'aide de médicaments reconstituants, à l'aide d'une bonne nourriture, à l'aide d'un air vif et salubre, à l'aide d'eaux minérales ferrugineuses ou sulfureuses. C'est en remplissant ces dernières indications que j'ai réussi plusieurs fois à guérir des maladies parasitaires rebelles, traitées antérieurement sans succès par des moyens rationnels mais exclusivement locaux.

Enfin, pour terminer, je dirai un mot de la prophylaxie qui consiste dans l'isolement des personnes malades et dans le soin qu'on devra mettre non-seulement à éviter leur contact, mais encore à ne pas se servir des objets de toilette ou d'habillement à leur usage. De plus, dans les asiles, dans les écoles, dans les lycées on devra surveiller avec soin les enfants et renvoyer dans leurs familles les personnes reconnues atteintes d'une affection contagieuse du système pileux; sous ce dernier rapport je me crois en droit d'indiquer les précautions qui sont prises actuellement dans les lycées de Paris, d'après les indications fournies par le docteur Hillairet et moi. Dans les établissements d'instruction secondaire de Paris appartenant à l'État : 1° les enfants doivent avoir les cheveux coupés courts à un ou deux centimètres de longueur, de manière à rendre facile l'examen du cuir chevelu ; 2° à leur entrée dans l'établissement et tous les quinze jours, les élèves doivent subir l'inspection du médecin ; 3° dès qu'un élève est soupçonné atteint d'une maladie du cuir chevelu non encore bien caractérisée, il est isolé de ses camarades et placé à part dans une salle spéciale de l'infirmerie ; et dès que le diagnostic d'une maladie contagieuse du cuir chevelu est établi, l'enfant est renvoyé dans sa famille pour n'être repris que lorsque la guérison a été constatée par le médecin. Depuis que ces précautions ont été prises on n'a pas eu à constater les épidémies de tricophytie tonsurante et de pelade si communes auparavant dans les établissements consacrés à l'éducation des jeunes enfants. Il serait à désirer que ces mesures de surveillance hygiénique fussent prises dans tous les établissements qui contiennent un certain nombre d'enfants.

Conclusions.

De ce travail, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Le favus, la tricophytie (herpès circiné, herpès tonsurant et sycosis) et la pelade se transmettent par contagion ;

2° Pour que ces maladies se développent et persistent, on doit admettre la nécessité d'un état préalable de débilité constitutionnelle ;

3° Ces maladies contagieuses du système pileux sont dues à la présence d'un végétal parasite, lequel est différent et spécial dans chaque espèce;

4° Le traitement curatif doit être établi d'après la nature parasitaire de ces maladies et d'après la considération de l'état général qui prédispose à ces affections. Dans la prophylaxie, il faut s'opposer à la contagion par l'isolement des individus malades ; et dans les établissements publics où se trouvent réunis des enfants, le cuir chevelu de chaque enfant devrait être l'objet d'un examen fréquent et d'une surveillance toute spéciale.

II

RECHERCHES SUR LA NON-INOCULABILITÉ SYPHILITIQUE DU SPERME, par le Dr H. MIREUR (de Marseille).

En 1867, j'écrivais comme argument primordial de ma thèse inaugurale (1) : « *Il est probable que le sperme, pas plus que les autres sécrétions de l'économie, ne participe aux propriétés contagieuses du chancre, du sang et des lésions secondaires syphilitiques.* » En énonçant cette probabilité, je n'étais guidé, je le reconnais, par aucune indication positive. C'est en vain en effet que j'avais consulté les auteurs qui avaient écrit sur la contagion des maladies vénériennes et sur la contagiosité des principes virulents ; aucun d'eux n'avait émis sur cette question une opinion concluante dans un sens ou dans l'autre.

A la fin du siècle dernier, il est vrai, l'illustre Hunter, qui, en opposition avec ses devanciers, limita dans des bornes trop étroites la contagion syphilitique, en n'accordant qu'au chancre seul le pouvoir contagieux, avait dû, comme première conséquence de sa doctrine, nier la virulence du sperme. « On a supposé, écrivait-il, que tous les liquides qui sont sécrétés du sang infecté peuvent être altérés au point d'être virulents de la même manière que lui, et que les parties de la génération, qui sont naturellement exposées à subir l'influence du virus vénérien dans

(1) *Essai sur l'hérédité de la syphilis*, par le Dr H. Mireur, in-8, Paris, 1867.

son application primitive, sont sujettes de même à souffrir ses ravages dans son retour sur ces parties, après avoir parcouru l'ensemble de l'économie. Ainsi on a supposé que les testicules et les vésicules séminales peuvent être affectés par la maladie; que le sperme peut devenir vénérien, communiquer la maladie à d'autres personnes, et même, dans l'acte de la fécondation, produire un fœtus vérolé, mais toutes ces hypothèses sont sans fondement (1). » Hunter était sur cette question exclusif par système. En réalité, quoiqu'il trouvât sans fondement l'opinion de ses prédécesseurs, il ne fournissait lui-même, pour soutenir ses convictions, aucun argument positif. Néanmoins, sur la foi de sa parole, la théorie qu'il défendait trouva des adhérents, et quelques auteurs avec lui refusèrent au sperme toute propriété contagieuse.

En 1857, fut publié un mémoire de Porter, *Essai sur l'histoire de la syphilis*, dans lequel cet auteur, attaquant les doctrines du syphiligraphe anglais, affirmait que la semence d'un homme syphilitique pouvait, sans intervention de grossesse, développer l'infection chez une femme saine en dehors de toute espèce d'accident primitif; il admettait en un mot la contagiosité pleine et entière de la liqueur séminale. A l'appui de son opinion, Porter citait un certain nombre de faits qu'il considérait comme concluants. Les uns étaient empruntés au professeur Collet, quatre autres émanaient de sa propre observation. Parmi ces derniers, « il en est deux, dit M. Lancereaux, dans son remarquable *Traité de la syphilis*, qui ne sont rien moins que concluants; mais les deux autres méritent d'être rapportés, en raison de la difficulté du sujet et de son importance. » Nous les reproduisons textuellement :

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traduction de Richelot, Paris, 1859, p. 550.

« 1° Un homme se marie, supposant qu'il est parfaitement guéri de la vérole ; huit mois après, sa femme est atteinte de symptômes constitutionnels, sans trace d'accident primitif et sans être enceinte. Le mari n'avait présenté aucun nouvel accident.

« 2° Un homme eut la vérole trois mois avant son mariage ; accidents primitifs et secondaires. Il fut traité par le mercure et l'iodure de potassium. Au moment de ses noces, il n'avait plus rien ; trois mois après, sa femme eut une angine avec ulcération vénérienne, engorgements des amygdales et des ganglions, mais rien aux organes génitaux ; plus tard elle présenta des exostoses. »

Telles sont les preuves cliniques les plus probantes qu'aient pu fournir les partisans de la virulence du sperme ! Faut-il insister sur la réfutation de ces faits ? Je ne le pense pas. La contagiosité des accidents secondaires les explique suffisamment. Qu'on me permette cependant une seule remarque :

De ces deux hommes, le premier se marie *se supposant parfaitement guéri de sa vérole*, et le second avait contracté cette maladie *trois mois seulement* avant son mariage. Dans de pareilles conditions, l'infection de la femme n'était pas seulement possible, elle était fatale ! J'en appelle sur ce point à la loyauté scientifique de tous mes confrères. Quel médecin, dans un cas semblable, serait assez imprudent pour autoriser le mariage ?......... Nous sommes surpris, en vérité, de voir M. Diday, ce digne chef de la grande École lyonnaise, chercher, en dehors des lois les plus élémentaires de la contagion vénérienne, l'explication de pareils faits et nous dire : « Le sperme peut infecter directement ; et le spermatozoïde, qui est l'agent de transport de la matière virulente, pénétrant jusqu'à l'ovaire, a assez de force pour infecter l'ovule et

l'organisme de la femme qui le porte (1). » A cette affirmation au moins imprudente, nous préférons l'hésitation de M. Lancereaux, pour qui la question est encore douteuse, et qui réclame, avant de se prononcer, des faits plus concluants : « La question de la contagion par le sperme, dit cet auteur, a besoin d'être élucidée par de nouveaux faits, avant qu'il soit possible d'admettre cette contagion ou de la rejeter définitivement (2). »

Tel était en 1867, l'état de la science sur cette question. Si j'osais, à cette époque, plaider la cause de la non contagiosité du sperme, ce ne fut, je l'avoue, que sous l'influence d'une sorte d'entraînement. Cette hypothèse était favorable aux idées que je voulais défendre, elle formait la base de tous les arguments que j'avais à invoquer; il était naturel qu'elle me parût séduisante, je la trouvai logique.

Une observation générale, il est vrai, avait contribué à me faire adopter en principe et même avec une certaine assurance, cette manière de voir. Si le sperme était contagieux, m'étais-je dit, il deviendrait une source incomparablement féconde, un élément éminemment actif de contagion syphilitique; et comme conséquence, la syphilis, malgré son énorme propagation, serait encore plus répandue qu'elle ne l'est en réalité. Mais cette observation, que beaucoup d'autres sans doute avaient déjà faite avant moi, ne pouvait donner lieu qu'à de simples suppositions, qu'à de vagues probabilités.

Depuis cette époque, une tentative expérimentale à peu près concluante, dont l'intérêt de la science me fait un devoir de rendre compte, est venue confirmer mes prévisions. Comme la nature de cette expérience a nécessité

(1) Voir *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 706.

(2) Lancereaux, *Traité de la syphilis*, Paris, 1866.

de la part de ceux qui l'ont entreprise une audace que beaucoup trouveront coupable ou au moins téméraire, on me permettra, par un sentiment fort légitime de délicatesse et de convenance vis-à-vis de certaines personnalités, de faire quelques réticences : elles n'enlèveront rien du reste à la valeur incontestable de l'observation que je vais exposer dans ses moindres détails.

Cette expérience, tentée en vue de rechercher le pouvoir contagieux ou non contagieux du sperme provenant d'un sujet syphilitique, a été suivie dans ses diverses phases avec une sévère attention. Je puis donc en affirmer la rigoureuse exactitude.

Un sujet syphilitique, en pleine évolution secondaire, c'est-à-dire présentant des adénites multiples, une roséole papuleuse confluente du tronc et de la partie supérieure des membres, des plaques muqueuses répandues sur les amygdales, sur les piliers et le voile du palais, ainsi qu'à la marge de l'anus, des croûtes impétigineuses du cuir chevelu, etc... avait consenti à fournir l'élément de l'inoculation. Ce malade, âgé de vingt-six ans, n'avait encore suivi aucun traitement spécifique au moment de l'expérience, quoique son chancre cicatrisé eût laissé à sa suite une induration des plus caractéristiques.

Le sperme de cet individu, maintenu avec un soin minutieux à une température légèrement tiède, est inoculé immédiatement après sa production à quatre personnes absolument indemnes d'antécédents syphilitiques.

Tous les instruments qui servent à ces diverses opérations sont neufs, et par conséquent d'une propreté irréprochable.

Sur les deux premiers sujets, l'inoculation est pratiquée par le procédé ordinaire, au moyen d'une aiguille can-

nelée ; six piqûres sont faites à chacun, trois sur chaque bras.

Sur la jambe droite de la troisième personne, on produit avec du coton imbibé d'ammoniaque, suivant le procédé de Trousseau pour l'absorption cutanée des médicaments, une vésication de la dimension d'un dé à coudre. L'épiderme enlevé, on place sur le derme mis à nu un petit plumasseau de charpie imbibé de la liqueur séminale. Un pansement est fait et laissé soigneusement en place pendant vingt-quatre heures.

On se sert pour inoculer la quatrième personne d'un procédé analogue à celui qui avait été employé par le professeur Pellizzari, de Florence, sur MM. Bargioni, Rossi et Passigli, lors de leur courageuse expérience sur la contagiosité du sang syphilitique. A la région supérieure et externe du bras gauche, vers l'insertion du deltoïde, on enlève l'épiderme par le raclage et on fait trois petites incisions transversales. Sur cette plaie béante est déposée la matière à inoculer, et, comme sur le sujet précédent, on applique sur ce point un plumasseau de charpie, copieusement imbibé, qu'on a soin de maintenir en place pendant trente-six heures.

A la suite de ces diverses opérations, les piqûres des deux premiers sujets donnent lieu, quelques heures après l'inoculation, à une légère inflammation locale; mais dès le lendemain toute trace de réaction inflammatoire a disparu, et on ne distingue plus qu'une petite marque ecchymotique à peine appréciable sur les points qui ont été piqués. Ces dernières marques elles-mêmes s'effacent tout à fait vers le cinquième ou sixième jour. Depuis lors, il ne s'est produit, sur les points inoculés, aucun phénomène perceptible.

Quant aux deux autres opérés, le contact du sperme ne produit pas même une action irritante sur leurs plaies, qui

se cicatrisent avec la même rapidité que toutes celles de même nature. Jamais, depuis lors, elles n'ont été le siége du moindre mouvement fluxionnaire.

Outre les constatations minutieuses et régulières auxquelles ces quatre personnes ont été soumises journellement pendant plus de dix semaines, elles furent encore l'objet d'une surveillance attentive pendant six mois environ.

Durant cet intervalle, aucun accident, soit local, soit constitutionnel, ne se produisit; la surface cutanée et les muqueuses restèrent absolument intactes; pas le moindre symptôme douteux, rien, en un mot, ne vint indiquer que l'infection générale se fût produite.

Deux de ces individus, examinés une fois encore un an environ après l'inoculation, ont confirmé par leur bon état de santé, le résultat absolument négatif de l'expérience.

Ces recherches expérimentales nous semblent offrir à la science des éléments précieux pour la solution d'un problème de la plus haute importance; elles sont, je crois, les premières de ce genre qui aient été tentées ou du moins livrées à la publication. Comme leur signification aussi rassurante que précise va naturellement porter atteinte à certaines doctrines qui n'avaient que la théorie pour base, il faut s'attendre à voir surgir contre elles de nombreuses objections. On dira, par exemple, que cette observation, surtout parce qu'elle a donné lieu à des résultats négatifs, ne porte pas sur un assez grand nombre d'individus pour être considérée comme définitive; que le sperme inoculé n'est plus dans des conditions comparables à celles qu'il présente dans l'acte conjugal; que pour servir à l'inoculation, il doit subir certaines variations de température, qui en modifient la nature; que les spermatozoïdes, qui,

suivant quelques auteurs et suivant M. Diday, entre autres, contiennent le principe virulent, ont déjà perdu de leur vigueur et, par conséquent, de leur activité contagieuse au moment de l'inoculation.

Ces objections, nous ne saurions le contester, ne sont point sans quelque valeur ; mais il ne faut pas non plus en exagérer l'importance au détriment de la signification du fait que nous venons d'exposer. Examinons-les successivement ; peut-être qu'en approfondissant leur étude, nous les trouverons moins sérieuses qu'elles ne le paraissent au premier abord.

Si le nombre des sujets inoculés n'est pas assez considérable pour que nous puissions conclure, d'une manière absolue, à la non contagiosité du sperme de provenance syphilitique, il est du moins suffisant pour établir à cet égard les probabilités les plus rassurantes. Sur quatre sujets inoculés avec un soin minutieux et par des procédés différents, les résultats ont été complétement négatifs ; c'en est assez, ce nous semble, pour établir sinon une certitude, du moins des présomptions fort légitimes.

Quant aux modifications imprimées au sperme par les conditions de production et de conservation, par les variations de température, il faut aussi en tenir compte mais sans les exagérer toutefois. Nous savons, en effet, par suite de fréquentes expériences, que les spermatozoïdes conservés à une température convenable dans la liqueur séminale, quel qu'ait été d'ailleurs le mode de production du sperme, peuvent continuer à vivre et même se maintenir vigoureux pendant un temps relativement très-long, c'est-à-dire pendant plusieurs heures. Or, dans l'expérience qui nous occupe, où toutes les précautions de température et de contact ont été prises, le sperme employé ne pouvait perdre aucune de ses qualités, puisqu'il fut immédiatement transporté dans le même établissement d'un

malade à l'autre. Cet intervalle de quelques minutes n'a pas pu suffire pour le faire dégénérer, et surtout pour le modifier au point de lui enlever ses propriétés vitales.

D'ailleurs, en admettant même cette prétendue dégénérescence de la liqueur séminale, il nous serait encore facile de répondre à cette contradiction. En effet, si nos adversaires insistent avec tant d'opiniâtreté sur la dégénérescence probable du sperme, c'est évidemment dans le but de faire valoir avec cette dégénérescence l'affaiblissement du virus lui-même et, par conséquent, de ne voir dans les résultats de cette observation qu'une conséquence naturelle et à peu près insignifiante. Mais, outre que le fait de la dégénérescence du sperme, ainsi que nous venons de le dire, est loin d'être démontré, nous savons encore que, parmi les propriétés spéciales aux virus, il n'en est peut-etre aucune qui soit aussi certaine et aussi constante que la persistance de leur pouvoir contagieux. Ouvrons les annales de la science au chapitre de la contagion, nous trouverons nombreuses et irrécusables les preuves de cette affirmation ; les plus nombreuses même, nos adversaires peuvent s'en assurer, se rapportent directement au virus vénérien. Nous ne citerons que pour mémoire ces faits de contamination syphilitique, qui ont trouvé leur origine dans l'emploi de divers instruments de chirurgie malpropres, tels que les scarificateurs comme à Brunn et à Windshelm, le speculum, les érignes, les linges à pansement ; ou à la suite de certaines opérations de tatouage, de la transplantation des dents et surtout du cathétérisme de la trompe d'Eustache et de la vaccination. Dans chacun de ces cas, le virus avait plus ou moins vieilli et cependant il avait conservé intactes ses propriétés contagieuses.

Or, puisqu'il est ainsi avéré que les virus, et le virus syphilitique en particulier, quoique placés dans les conditions les plus favorables de désorganisation, sont susceptibles de

conserver leur activité contagieuse pendant des jours, des semaines et des mois, qui donc oserait encore objecter que dans l'observation que nous venons de publier sur la non-contagiosité du sperme, ce même virus a été exceptionnellement frappé d'inaction ? Nous l'avons déjà dit et nous nous plaisons à le répéter encore, ce ne serait là qu'un argument sans valeur, dû à l'obstination et au parti pris.

Quant à la dernière objection, celle des auteurs qui, à l'exemple de M. Diday, plaçant dans le spermatozoïde seul le principe virulent, nous opposent la dégénérescence de ces animalcules et par suite la diminution de leur activité contagieuse, elle a été implicitement comprise dans la réfutation qui précède. Toutefois, comme nous avons pris à tâche de dissiper les doutes qui pourraient faire attribuer une fausse interprétation aux résultats d'une expérience aussi sérieuse, nous n'hésitons pas à soumettre de nouveau cette opinion à l'étude et à la discuter directement.

Le principe virulent, disent nos adversaires, est localisé dans le spermatozoïde. Cette proposition, quoique énoncée en termes précis, ne nous semble pas suffisamment démontrée. On ne s'étonnera donc pas si, avant d'aller plus loin, nous demandons aux partisans de cette doctrine sur quelles preuves ils établissent une pareille affirmation ; sur quel fait, sur quelles tentatives expérimentales ils fon reposer cette base première de leur argumentation? Non-seulement ils établissent sans preuves suffisantes la virulence du sperme, mais ils vont jusqu'à affirmer la localisation du virus dans l'élément vital de ce produit de sécrétion. C'est là une hypothèse doublement fantaisiste, que la science et l'observation pratique sont loin de justifier

Mais, outre les doutes qu'il est toujours permis d'élever contre une doctrine qui n'a que la théorie pour base, deux considérations puissantes nous portent à croire que ce ne serait point dans le spermatozoïde seul, le sperme fût-il

vraiment contagieux, que serait localisé le principe virulent. Et d'abord, le virus, nous dit-on, étant localisé dans le spermatozoïde, c'est-à-dire dans la partie vraiment active de la liqueur séminale, en entraîne fatalement la dégénérescence. Mais nous savons, par le fait d'une observation générale et constante, que le virus syphilitique, répandu dans l'organisme d'un individu, ne nuit pas à ses facultés procréatrices. Or, comme il est établi que lorsque le zoosperme dégénère ou s'affaiblit, c'est toujours au détriment de la puissance fécondante, comment nos adversaires expliqueront-ils que le pouvoir générateur ne soit en rien diminué chez les individus atteints de syphilis? Pour notre part, nous trouvons logique de soutenir que l'infection syphilitique n'altère pas les qualités intimes de la liqueur séminale et que par conséquent, le virus n'atteint pas les germes procréateurs.

La seconde considération, qui nous fait repousser avec non moins d'assurance l'hypothèse de la localisation du virus dans le spermatozoïde, n'est pas moins sérieuse. A diverses reprises, nous avons soumis à l'examen microscopique le sperme provenant d'individus syphilitiques; constamment nous y avons trouvé les spermatozoïdes nombreux, parfaitement développés et pleins de vitalité. En serait-il ainsi, je le demande, si le virus s'associait directement à ces animalcules? Renchérissant ici sur l'opinion de nos contradicteurs, nous allons plus loin qu'eux dans notre raisonnement, et nous pensons que si le virus syphilitique localisait son action sur les spermatozoïdes, il entraînerait plutôt leur mort que leur dégénérescence ou leur dépérissement. Cette appréciation serait du moins rationnelle, ne faisant qu'attribuer au virus cette propriété destructive que possèdent la chaleur et le froid, les acides et les alcalins, l'opium, la bile, le mucus vaginal altéré, etc.

Parmi ces mêmes auteurs qui admettent la localisation du virus dans le spermatozoïde, quelques-uns peut-être, au lieu de nous objecter la dégénérescence de ces animalcules, et par suite la diminution de leur activité contagieuse, chercheront à ébranler nos convictions dans un autre sens, en nous disant : le pouvoir contagieux du sperme est localisé dans le spermatozoïde ; or, cette partie de la liqueur séminale n'étant pas absorbable, même sur une surface dépouillée de son épiderme, il est naturel que l'inoculation ou même le contact de ce produit ne cause pas de réaction locale et ne soit pas suivi d'infection constitutionnelle. Cet argument, nous l'avons déjà démontré, pèche par ses prémisses, c'est-à-dire par ses bases les plus essentielles ; nous pourrions donc le laisser s'écrouler de lui-même. Mais, poussant nos concessions jusque dans leurs plus extrêmes limites, admettons pour un instant que le spermatozoïde contienne réellement et soit même le seul des principes constituants du sperme, qui renferme le virus syphilitique. S'ensuivra-t-il, parce que cet animalcule ne sera pas entraîné dans le torrent de la circulation, que le sperme ne produira pas l'infection générale ? Ce n'est certes pas notre opinion ; nous ne connaissons, en effet, dans la physiologie pathologique, aucune loi qui nous défende de penser que le seul contact d'un germe virulent sur une surface dépouillée d'épiderme, ne soit pas un mode suffisant de contagion.

Mais, du reste, puisque nous avons à faire valoir contre cette objection un argument plus puissant encore, ne nous arrêtons pas à tenter la démonstration d'un fait que la science elle-même n'a point encore résolu. Si le spermatozoïde contient en réalité, comme le veulent nos adversaires, le principe virulent, ce principe, ils ne sauraient le nier, s'est développé en lui dans son premier élément de formation, la cellule élémentaire. Mais, avant d'arriver à

son complet développement, le zoosperme a dû traverser toutes les phases qui le séparent de cette cellule initiale ; comme lui, cette cellule et ses transformations successives doivent donc contenir le germe du virus, c'est-à-dire le virus lui-même. Or, puisque dans la liqueur séminale, indépendamment des spermatozoïdes arrivés à leur complet développement, il existe toujours des spermatozoïdes en voie de formation et des cellules germinatrices, en d'autres termes des spermatozoïdes dans toutes les phases de leur existence, peu nous importe que le zoosperme lui-même ne puisse pas être absorbé, que son contact, hypothèse encore obscure, ne suffise pas à développer l'infection. Les cellules spermatiques, comme le globule sanguin, par exemple, sont évidemment susceptibles de subir l'absorption ; et puisqu'elles contiennent, d'après le raisonnement même de nos adversaires, le principe virulent pourquoi n'exercent-elles pas leur action contagieuse, pourquoi, en un mot, ne produisent-elles pas l'infection?... C'est que l'hypothèse qu'on nous a opposée est sans fondement ; qu'aucune des parties constituantes du sperme ne contient en réalité le virus syphilitique et ne peut, par conséquent, produire la contagion.

Ainsi, nous croyons avoir passé successivement en revue toutes les objections qu'on pouvait s'attendre à voir surgir contre la signification de cette expérience sur la non-contagiosité du sperme. Aucune d'elles ne nous ayant paru suffisante pour atténuer notre foi en cette doctrine, nos convictions restent inébranlables, et, jusqu'à preuve contraire, le principe de la non-virulence du sperme reste démontré pour nous.

DE L'ECZÉMA, par le Dr E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis (leçons recueillies par M. Magne, interne du service).

Messieurs,

L'eczéma constitue une affection très-complexe, longue à décrire, dont l'étude doit comprendre une infinité de détails. C'est une maladie très-commune que vous avez besoin de connaître et de bien connaître. Vous aurez occasion de l'observer sous les formes les plus variées, caractérisées souvent par des lésions polymorphes, par conséquent difficiles à saisir.

Je me propose de vous en exposer toutes les particularités, d'une manière aussi complète que cela me sera possible, de vous signaler les points délicats qui font de son étude un des sujets les plus difficiles de la dermatologie.

Mais, avant d'entrer dans le fond de la question, je crois devoir, dans votre intérêt, vous faire le résumé comparatif du psoriasis et de l'eczéma.

Nous trouverons entre ces deux maladies peu de points de ressemblance et beaucoup de différences. Plaçons-les cependant en regard l'une de l'autre, ce sera une occasion de remettre sous vos yeux les caractères les plus saillants du psoriasis et de vous donner en même temps une idée générale de l'eczéma.

En vous montrant ainsi l'eczéma d'une manière générale et synthétique, avant de vous en faire l'analyse, j'es-

père pouvoir jeter quelque lumière sur l'exposition des détails si compliqués qui encombrent son histoire.

Le psoriasis et l'eczéma sont les affections les plus communes de la dermatologie. Elles constituent les deux manifestations les plus fréquentes de *l'herpétisme*, elles appartiennent l'une et l'autre à la grande division *des affections sécrétantes*. Mais, là s'arrête le chapitre bien court, vous le voyez, des ressemblances ; car je n'ai plus à vous signaler que des différences capitales s'étendant à tous les points de l'histoire de ces deux affections. L'eczéma appartient à la classe des affections *à sécrétion humide*, tandis que le psoriasis est comme le chef de file des affections *à sécrétion sèche*, ou plutôt il en est le type. Qu'est-ce que le pityriasis, en effet, sinon un psoriasis atténué ?

L'ichthyose ne constitue-t-elle pas une infirmité plutôt qu'une maladie ?

Et quant à l'herpétide maligne exfoliatrice, affection si grave, ce n'est pas non plus, nous le savons, dans le plus grand nombre des cas, une entité morbide, mais plutôt un simple mode de terminaison du psoriasis et du pemphigus; l'herpétide maligne exfoliatrice est moins une affection par elle-même qu'une dégénérescence d'autres affections dont elle devient la fâcheuse terminaison.

Dans la marche et l'évolution de l'eczéma et du psoriasis quelles différences !

Pendant la durée quelque longue qu'elle soit du psoriasis, jamais vous ne voyez apparaître le moindre indice de réaction inflammatoire. Il dénature la peau en la desséchant ; il supprime ses sécrétions humides, et la transforme en une sorte de carapace épaisse, écailleuse et presque métallique. Ses complications internes elles-mêmes ont le même caractère, et quand il disparaît, nous avons dit qu'il est remplacé par des affections viscérales, ayant comme lui une marche essentiellement

chronique. Dans le psoriasis tout est lent, tout est torpide.

L'eczéma au contraire est une maladie chaude par excellence; aussi les anciens l'avaient-ils dénommé *dartre vive* par opposition au nom de *dartre morte* sous lequel ils désignaient le psoriasis. Il est caractérisé par une véritable congestion active, inflammatoire de la peau, se traduisant par un appareil phlegmasique souvent des plus marqué; il donne un coup de fouet à toutes les sécrétions cutanées et cela, à un point tel, que la peau, dans une de ses formes, devient le siége d'un véritable *catarrhe*. Quand il disparaît par métastase, ou à la période ultime de l'herpétisme, c'est pour être remplacé par des affections à marche aiguë, suraiguë même : entérites, méningo-encéphalites, et plus souvent bronchites capillaires, catarrhes bronchiques suffocants, qui peuvent tuer le malade dans l'espace de quelques jours, si ce n'est de quelques heures.

Le psoriasis, avons-nous dit, momifie, pétrifie, épaissit et hypertrophie la peau, il la rend sèche, dure et cassante; l'eczéma au contraire l'amincit et la transforme en une pellicule lisse, d'une minceur extrême, comme vernissée, luisante, toujours prête à se déchirer sous l'influence du moindre traumatisme, tant elle est fine et ténue.

Le psoriasis est, par lui-même, indolore; lorsque, par extraordinaire, le phénomène douleur existe, la douleur tient à des particularités de siége, à des troubles fonctionnels plutôt qu'au psoriasis lui-même.

Dans l'eczéma au contraire, nous verrons toujours les malades tourmentés par les sensations les plus douloureuses : sensations de cuisson, de tension, de démangeaison, de chaleur, de brûlure.

Entrons maintenant dans les détails :

Le mot eczéma vient du verbe grec ἐξέω (je brûle), et,

cette étymologie vous montre bien que la nature inflammatoire de cette affeetion n'avait pas plus éehappé aux anciens qu'à Sauvages qui lui avait donné le nom de *dartre vive*. Alibert, eet esprit poétique, la nommait dans son langage imagé : *Herpès squamosus madidans*, nous lui eonserverons le nom d'eczéma, qui est de tous le plus fréquemment employé, et nous allons compléter sa définition que nous avons commeneée en vous indiquant les caractères qui le distinguent du psoriasis.

Une définition, pour être bonne, doit retracer tous les caraetères de la chose que l'on veut définir; et, si cette ehose est très-complexe, si elle eomporte de nombreux détails, la définition sera forcément longue et peu faeile à retenir : c'est le cas de l'eczéma ; aussi, Messieurs, tout en regrettant la longueur de la définition que je vais vous donner, je tiens à vous prévenir qu'il est impossible de la faire plus courte si on veut la faire complète.

L'eezéma est une maladie inflammatoire, non contagieuse, de la peau et des muqueuses, earactérisée à sa période d'état, par des vésicules petites, acuminées, éphémères, transparentes, eonfluentes, se produisant habituellement sur des surfaces érythémateuses et renfermant un liquide séro-gommeux pouvant être résorbé sur plaee; mais, continuant le plus souvent, à être sécrété par les surfaees ulcérées que les vésicules laissent après elles, se concrétant alors en croûtes minces, lamelleuses, blanchâtres, lesquelles, après la dessiccation et la cicatrisation des surfaces exhalantes, sont remplacées par des squames qui sont la dernière lésion de l'eczéma et l'annonee de sa fin prochaine.

Les lésions anatomiques de l'eczéma sont liées d'une façon intime à ses symptômes et à son évolution ; nous allons les étudier en examinant sueeessivement les quatre périodes de son développement et de sa durée.

1° *Période érythémateuse.* — L'eczéma débute comme une foule de maladies de la peau par un changement de coloration des téguments : la peau devient rouge dans une étendue plus ou moins considérable, et cette coloration est l'indice d'une activité circulatoire plus grande que dans l'état normal; c'est une véritable coloration congestive disparaissant sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement, quand cette pression a cessé. La peau est turgescente et, dans les parties affectées, les malades éprouvent une sensation de chaleur, de brûlure plus ou moins intense.

L'apparition des plaques érythémateuses est précédée quelquefois de symptômes généraux, mais toujours peu prononcés : inappétence, courbature, douleurs vagues, etc. ces symptômes, quand ils existent, sont, nous le répétons, peu marqués.

La durée de cette première période est de 1 à 2 jours.

2° *Période vésiculeuse.* — Pendant cette période on voit se développer sur les surfaces érythémateuses de petites élevures peu prononcées, visibles seulement lorsqu'on les regarde sous certaines incidences lumineuses, ce sont les vésicules de l'eczéma; alors il est arrivé à sa période *d'état.* Les vésicules eczémateuses ressemblent à de petites granulations; elles sont granuleuses, transparentes, confluentes et remplies d'un liquide séro-gommeux, visqueux, collant, poisseux, qui empèse le linge, comme la liqueur spermatique; la durée de ces vésicules est essentiellement éphémère, et fugace. Elles se rompent au moindre choc, au moindre contact; disparaissent même spontanément après une durée qui varie de quelques heures à un ou deux jours au plus; voilà pourquoi nous n'avons que rarement l'occasion de vous les montrer; voilà pourquoi vous ne pouvez que rarement voir les lésions anatomiques qui constituent l'eczéma à sa période d'état.

Pendant cette période, comme pendant la période précédente, les parties malades sont le siége de sensations de cuisson et de brûlures plus ou moins douloureuses.

Dans certains cas cependant, les vésicules ne se rompent pas : on voit le liquide qu'elles renferment se résorber, et alors les parois vésiculaires libres de toute tension s'affaissent, se flétrissent, et leurs débris donnent lieu à une desquamation furfuracée.

C'est ce qui arrive dans la forme particulière de l'eczéma, dite *eczéma rubrum;* mais, dans l'immense majorité des cas, les vésicules se rompent, nous l'avons dit, et le liquide qu'elles contiennent s'épanche à la surface.

3° Nous sommes alors à la troisième période : *période d'ulcération*, *période de suintement*, *période de croûtes;* triple dénomination justifiée par les trois faits pathologiques importants que nous allons étudier.

A cette période, en effet, nous trouvons : 1° comme lésion de l'eczéma, une partie sécrétante, *l'ulcération ;* 2° comme résultat de cette ulcération, *un liquide sécrété;* 3° comme conséquence de cette sécrétion, la concrétion du liquide sécrété, formant les croûtes.

Quelquefois, dans les cas les plus heureux, après la rupture des vésicules et l'épanchement du liquide, les croûtes forment comme un opercule et comme un abri protecteur à l'ombre duquel se cicatrisent les parties sous-jacentes ulcéreuses ; et quand les croûtes se détachent après 8, 10, ou 15 jours, l'eczéma est guéri.

Ce fait est le plus rare; le plus habituellement voici ce qui se passe : les vésicules une fois rompues laissent à leur place des ulcérations à bords irréguliers et déchiquetés, peu profondes, comprenant la couche la plus superficielle du derme. De la surface de ces exulcérations plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, s'exhale un liquide séro-gommeux, incolore, inodore, d'une consis-

tance poisseuse, analogue à une solution de gomme arabique, et produisant sur le linge l'action de l'empoix d'amidon. Ce liquide ne tarde pas à s'épaissir et à former des croûtes lamelleuses, minces, foliacées, que M. Bazin appelle *croûtelles ;* la sécrétion continue à se produire à la surface de l'ulcération ; elle détrempe les croûtes, elle les détache et les fait tomber. Une couche croûteuse de nouvelle formation se forme et le double phénomène de suintement et de croûtes se produisant ainsi d'une manière incessante, constitue la variété d'eczéma que l'on a désigné sous le nom *d'eczéma fluent,* dont la durée peut être indéfinie.

4° Dans une quatrième période, *période de dessiccation et de squames,* les parties exhalantes ont fini par se dessécher et par se cicatriser, mais l'inflammation eczémateuse, quoique très-diminuée, existe toujours : le derme encore malade continue à sécréter. Le produit de cette sécrétion morbide n'est plus le liquide décrit plus haut : c'est maintenant de l'épiderme, mais ce n'est pas encore de l'épiderme sain, c'est un épiderme altéré, se présentant sous forme de squames minces, unifoliacées, peu adhérentes, se détachant en folioles d'une peau rougeâtre et amincie ; à mesure que l'affection approche de la guérison, les squames diminuent graduellement d'épaisseur, de nombre, et d'étendue, jusqu'à ce qu'elles disparaissent complétement, pour être remplacées par un épiderme normal, quant à sa disposition, mais dépourvu encore de ses qualités physiologiques, et recouvrant une peau amincie, pelliculaire, lisse, satinée, incapable d'aucune résistance, d'une coloration rouge brunâtre, brillante, à reflets métalliques, et comme vernissée.

Vous savez, Messieurs, que pendant les deux premières périodes de son évolution, l'eczéma est très-douloureux : que le malade éprouve une sensation très-vive de chaleur,

de cuisson, de brûlure; qu'à la troisième période, la sécrétion s'étant établie, les sensations douloureuses diminuent très-notablement en effet dans les affections cutanées, la douleur coïncide rarement avec la sécrétion. Les affections les plus douloureuses sont celles où il n'y a pas de sécrétion, comme le prurigo, par exemple; quand, au contraire, une sécrétion se produit, la douleur est par cela même atténuée, supprimée même, en sorte que les deux phénomènes morbides, *sécrétion* et *douleur*, s'excluent réciproquement.

Il en est de même des accidents généraux, de l'inappétence, de l'insomnie et des divers troubles fonctionnels, qui disparaissent ou qui font défaut, lorsqu'une sécrétion morbide s'établit.

A la quatrième période de l'eczéma toute sécrétion humide ayant cessé, la douleur initiale reparaît, mais sous une autre modalité : la cuisson, la brûlure, la tension, font place à un prurit intense, souvent intolérable, qui force le malade à se gratter. De là des conséquences fâcheuses pour la guérison, car, sous l'influence de l'action irritante des ongles, l'eczéma peut reprendre son activité première; une nouvelle poussée aiguë peut se reproduire et remettre tout en question. Il en est ainsi dans l'eczéma. Vous pouvez voir à chaque instant reparaître les accidents des périodes précédentes; sous les influences les plus diverses, l'intensité première du mal se réveille, le feu que l'on pouvait croire éteint, couvait sous la cendre, il se rallume; de là la nécessité de continuer le traitement au delà de la durée des accidents, afin d'en prévenir le retour.

Maintenant que nous avons vu la marche et l'évolution de l'eczéma, je vous demanderai la permission de revenir en arrière et de vous dire quelques mots de *la vésicule*, lésion élémentaire et caractéristique de l'eczéma.

On désigne sous le nom de vésicule un petit soulèvement de l'épiderme, produit par une gouttelette de liquide plus ou moins transparent, et rappelant la forme et le volume d'un grain de millet ou d'une lentille. La vésicule peut être *primitive*, et alors, elle se développe sur une peau absolument saine : elle constitue le phénomène morbide initial, c'est le cas des vésicules de la gale. Elle est *consécutive* quand elle se produit sur une peau déjà malade, sur une peau érythémateuse, comme dans l'eczéma.

Si des affections rebelles au traitement, le psoriasis, par exemple, ne laissent après elles aucune trace de leur passage, il n'en est pas toujours de même de l'eczéma qui, lorsque sa durée a été longue, se survit à lui-même; il laisse souvent après sa disparition, des stigmates indélébiles en présence desquels nous pouvons dire : Ici il y a eu un eczéma. Laissez-moi, Messieurs, appeler votre attention sur ses suites si fâcheuses. Voyons ce qui se passe, par exemple, sur une jambe qui en a été le siége, et pour vous le montrer, je n'ai qu'à faire passer sous vos yeux les cas si nombreux qui encombrent nos salles.

Lorsque l'eczéma siége aux membres inférieurs, quand son évolution y a été longue, quand il y a revêtu la forme chronique, et qu'enfin il a disparu, la peau reste amincie, pelliculaire, réduite à l'épaisseur d'une pelure d'oignon, donnant au toucher la sensation du satin; sa coloration est d'un rouge brun, brillante, avec reflet métallique, comme si elle avait été enduite d'une couche de vernis. Ainsi dénaturée cette peau ne peut plus remplir son double rôle d'organe protecteur contre les agents extérieurs et d'organe contentif pour les organes qu'elle recouvre. Les veines superficielles dont les parois ne sont plus soutenues et suffisamment comprimées, pour faciliter la circulation en retour, s'engorgent, des dilatations variqueuses se pro-

duisent. Les varices sont donc une lésion presque inévitable de l'eczéma des membres inférieurs.

La marche des phénomènes morbides ne s'arrête pas là ; il s'établit une sorte de cercle vicieux : l'eczéma a produit des varices; ces dernières, à leur tour, vont avoir leur action morbide. Par la gêne qu'elles apportent à la circulation, par la compression, par la distension qu'elles font subir à la peau, elles deviennent une cause de nouvelles poussées eczémateuses, ou du moins elles prolongent indéfiniment la durée de celles qui existent déjà. La peau ainsi entretenue dans un état de perpétuelle inflammation, et amincie par l'eczéma, ne présente plus une résistance suffisante au traumatisme le plus insignifiant; et, une fois entamée, elle trouve dans sa désorganisation et dans la présence des varices, tout ce qui peut favoriser son ulcération.

C'est pourquoi les ulcères de la jambe chez les eczémateux sont excessivement communs ; ils sont, de plus, graves à tous les points de vue. Ils condamnent les malades à garder l'immobilité, et à tenir le membre malade dans une position horizontale, souvent même élevée : la cicatrisation en est très-lente, les bourgeons charnus qui se forment ne possèdent qu'une vitalité très-faible, par suite de la désorganisation de la peau. En outre, nous ne pouvons pas, dans ces cas, employer le mode habituel de traitement le plus énergique et le plus efficace : c'est-à-dire le pansement par compression, et par occlusion au moyen de bandelettes de diachylum. Quelque peu irritant que soit cet emplâtre, il ne serait pas supporté par une peau malade, et dans laquelle couve une inflammation latente, chronique et jamais éteinte : il suffirait pour ranimer cette inflammation, et pour occasionner de nouvelles poussées eczémateuses ; il aggraverait ainsi une lésion qui n'offre déjà par elle-même que bien peu de tendance à la guérison.

Le traitement de ces ulcérations est donc toujours très-long, et quand enfin, on est parvenu à les guérir, la peau restant amincie et désorganisée, elles ne tardent pas à se reproduire ; elles créent ainsi pour les pauvres malades, l'existence la plus misérable.

Telles sont les infirmités que l'eczéma laisse après lui ; infirmités d'autant plus fâcheuses qu'elles surviennent en général chez des individus obligés de se livrer à un travail pénible.

Vous avez maintenant, Messieurs, une idée générale de l'eczéma ; je vous l'ai décrit d'une façon aussi simple que possible, sans vous parler ni de ses variétés, ni de ses complications. Mais la nature n'est pas toujours aussi simple, elle est habituellement variée dans ses manières d'être, comme dans ses productions ; elle revêt une infinité d'aspects différents ; aussi ne peut-on prétendre la connaître qu'après l'avoir étudiée dans ses diverses modalités. Ainsi en est-il de l'eczéma qui se présente à vous sous les formes les plus multiples et les plus diverses.

Ses variétés sont très-nombreuses ; elles dépendent de la forme qu'il affecte, de sa gravité, ou de sa bénignité ; des causes qui l'ont produit, des lésions anatomiques qui le constituent, de la configuration que présentent ces lésions et du siége qu'elles occupent. Nous allons passer en revue ces différentes variétés, nous arrêtant de préférence sur celles qui offrent le plus d'intérêt.

Nous avons déjà dit que de son étymologie même, nous sommes en droit de conclure que l'eczéma est toujours de nature inflammatoire ; mais cette inflammation peut être d'intensité variable ; elle peut être très-aiguë comme elle peut être chronique, à peine sensible, et latente. Aussi, aurons-nous à étudier successivement une *forme aiguë* et une *forme chronique*. A ce propos, vous me permettrez de vous rappeler qu'en étudiant le psoriasis, nous n'avons pas

eu à faire une pareille division, puisque le psoriasis ne présente jamais rien d'aigu, rien d'inflammatoire; tout en lui, tout ce qui le constitue est toujours essentiellement chronique.

Forme aiguë.

La forme aiguë de l'eczéma offre deux modalités tellement différentes qu'il y a lieu de les étudier successivement.

1° *Eczéma rubrum, eczéma rouge, eczéma sec.* Cette forme de l'eczéma est la plus rare; elle a été considérée avec raison par M. Bazin, comme une affection pseudo-exanthématique. Je n'ai pas à vous faire ici l'histoire de toutes les affections qui appartiennent à cette catégorie : je tiens à vous dire seulement que le cadre de ces affections s'est considérablement élargi; autrefois on n'y faisait guère entrer que l'érysipèle, la roséole, la rougeole et la scarlatine. Maintenant on admet et on décrit une fièvre eczémateuse, une fièvre impétigineuse, une fièvre ecthymateuse, une fièvre herpétique, une fièvre miliaire, une fièvre ortiée, maladies qui, par leur caractère, leur marche et leur évolution, peuvent, à bon droit, être placées à côté des vraies affections exanthématiques. Disons donc quelques mots de la fièvre eczémateuse, ou, ce qui est la même chose, de *l'eczéma rubrum.*

L'eczéma rubrum est précédé d'une période prodromique. Les prodromes sont caractérisés par un état fébrile ordinairement peu intense, par de l'anorexie, de la céphalalgie, quelquefois même par du délire, chez les personnes prédisposées aux accidents nerveux. Après deux ou trois jours de troubles fonctionnels, on voit apparaître sur la peau, des taches rouges, rosées, érythémateuses, disparaissant sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement après. Ces taches, indices d'une congestion active de la

peau, sont un peu plus espacées sur les membres qu'au tronc où quelquefois elles sont confluentes.

Après vingt-quatre ou quarante-huit heures environ, on voit apparaître sur les taches érythémateuses, les vésicules caractéristiques de l'eczéma ; seulement, dans ce cas, les vésicules sont plus volumineuses et plus persistantes que dans les autres formes de l'eczéma, elles durent de deux à trois jours ; elles ne se rompent pas; par conséquent le liquide qu'elles contiennent n'est point déversé au dehors, il est résorbé, et alors les vésicules restées vides s'affaissent sur elles-mêmes, elles se flétrissent et les feuillets épidermiques qui constituaient leur enveloppe se détachent et tombent sous forme d'une desquamation furfuracée. Après quoi les taches roses congestives pâlissent, se dégradent et ne tardent pas à disparaître. Quinze ou vingt jours après le début de l'affection, il n'en reste plus traces.

Les symptômes subjectifs ou fonctionnels de l'eczéma rubrum sont surtout des troubles sensitifs; ils consistent moins en une sensation de chaleur et de brûlure, qu'en une sensation intolérable de picotements; sensation comparée par le malade, à la douleur que causeraient des milliers d'épingles enfoncées dans l'épaisseur de la peau. Cette douleur produit souvent une surexcitation nerveuse excessive, un agacement irrésistible, un besoin incessant de se gratter, et il en peut résulter de la fièvre, de la céphalalgie, la perte du sommeil et de l'appétit. Remarquez que dans cette forme de l'eczéma la sécrétion humide est très-peu abondante, elle se réduit à la simple gouttelette contenue dans chaque vésicule, aussi le prurit est-il excessivement intense.

La deuxième forme aiguë de l'eczéma a reçu le nom d'*eczéma fluent;* elle a une marche, une évolution, une manière d'être totalement différentes. Elle est surtout caractérisée par l'abondance de la sécrétion humide. Cette

sécrétion a une double source : elle provient d'abord des vésicules, mais beaucoup plus encore des ulcérations que les vésicules laissent après elles. Ces ulcérations, en effet, sont douées de la prorpiété de produire incessamment, indéfiniment et en très-grande abondance le même liquide séro-gommeux que contenaient les vésicules. Ce liquide est largement déversé à la surface de la peau ; on l'y voit sourdre, s'y écouler, former une nappe humide ; il s'y concrète, mais les croûtes, à mesure qu'elles se forment sont dissoutes, liquéfiées et entraînées par une nouvelle montée du liquide, sécrété incessamment au-dessous d'elles. Le même phénomène peut se reproduire pendant un temps illimité.

Supprimez ces croûtes, empêchez-les de se former, par un traitement convenable et approprié (application de cataplasmes de fécule, vêtement de caoutchouc vulcanisé), et vous verrez que la peau présente une surface plus ou moins étendue, parsemée d'ulcérations superficielles desquelles émerge une sécrétion continuelle et intarissable.

Au point de vue de sa gravité, cette forme de l'eczéma présente des degrés variables. Que l'eczéma fluent reste limité à une surface peu considérable, que la sécrétion à laquelle il donne lieu ne soit pas très-abondante, il constituera, dans ce cas, une affection relativement bénigne. Et, si nous opposons l'une à l'autre, la forme humide et la forme sèche, c'est-à-dire l'*eczéma rubrum* et l'*eczéma fluent*, nous voyons que l'eczéma fluent constitue une affection, quelquefois moins sérieuse que l'eczéma rubrum.

Rappelons-nous, en effet, qu'une sécrétion, en général, est à certains égards, un élément favorable, puisque, par son fait, les phénomènes douloureux, tensions, chaleurs, cuissons, brûlures, démangeaisons, se trouvent très-atténués, souvent même supprimés. De plus, dans l'eczéma

fluent, nous n'observons pas de symptômes généraux prodromiques et concomitants, comme dans l'eczéma rubrum.

Cependant cette comparaison des deux formes aiguës de l'eczéma n'est pas, sous tous les rapports, à l'avantage de la forme fluente même la moins étendue en surface *et la plus limitée*, car dans la forme fluente, la durée de l'affection est beaucoup plus longue, elle est, pour ainsi dire, illimitée, indéfinie, tandis que l'eczéma rubrum ne dure guère plus de dix-huit à vingt jours, et parcourt un cycle constant, régulier et parfaitement défini.

Mais si l'eczéma fluent *circonscrit et limité* n'offre pas de gravité, il en est tout autrement de l'eczéma *fluent généralisé*. Le danger est grand alors, et il l'est d'autant plus, que la sécrétion est plus considérable. Vous comprenez à quelle cause d'affaiblissement est soumis le malade, dont une grande partie, et quelquefois la presque totalité de la surface de la peau est le siége d'un catarrhe abondant, d'un flux sans cesse renouvelé et dont rien ne peut faire prévoir la disparition. C'est dans ces cas malheureux que nous voyons quelquefois la fièvre hectique s'emparer du malade : et après un dépérissement de chaque jour et un affaiblissement graduel, la mort par épuisement survenir malgré nos efforts pour la conjurer.

Et cependant malgré tous les ennuis et tous les dangers que cette sécrétion occasionne au malade, il faut savoir la respecter, et ne rien faire qui puisse la supprimer brusquement, car sa suppression brusque serait une cause de dangers bien plus grands encore que ceux produits par sa trop longue durée et sa trop grande abondance. Il faut même entourer le malade de tous les soins et de toutes les précautions nécessaires pour éviter ce résultat funeste. Ces précautions sont d'autant plus importantes à prendre que

la présence permanente d'un liquide à la surfaee de la peau, et que la dénudation du derme la rendent plus sensible aux influenees extérieures, telles que les changements de température, les refroidissements et l'aetion des substanees astringentes.

Les conséquenees de ees redoutables suppressions peuvent être des répercussions, des métastases sur les organes intérieurs, sur le eerveau, sur les bronches, sur le poumon, sur le cœur, sur les viseères abdominaux, aecidents dont l'intensité peut être exeessive, et le développement des plus rapide. Vous pouvez voir, dans ees cas, se produire des eatarrhes bronchiques suffocants, des congestions pulmonaires ou eérébrales foudroyantes, des bronchites eapillaires suraiguës, généralisées de la plus haute gravité. Je me rappelle eneore, avce douleur, un malade de ma salle Saint-Charles qui fut enlevé en deux jours par une bronehite eapillaire, suite de la suppression brusque d'un eczéma fluent, par un refroidissement au sortir du bain. Rappelez-vous la comparaison du psoriasis et de l'eczéma par laquelle nous avons commencé cette étude. Nous avons eu soin d'insister sur la différence des métastases produites par la suppression de ees deux affeetions; ees métastases sont lentes et torpides, elles engendrent des maladies ehroniques dans le psoriasis; elles sont rapides et produisent des maladies aiguës et suraiguës dans l'eczéma.

(A suivre.)

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles Mauriac, médécin de l'hôpital du Midi.

(Suite.)

TUMEURS GOMMEUSES DES TENDONS.

Leur siége : elles sont superficielles ou interstitielles. Elles se développent principalement sur les gros tendons, au voisinage de leurs insertions osseuses, telles que le tendon d'Achille, les tendons du biceps, du triceps de la cuisse, etc.
Difficulté de distinguer, dans quelques cas, les lésions tendineuses dues à la syphilis, des lésions tendineuses produites par la blennorrhagie.
Symptômes, processus et diagnostic des gommes tendineuses.

I

L'histoire des gommes qui se développent sur les tendons, se rattache étroitement à celle des myômes syphilitiques. Je vous ai cité des cas où la production morbide avait envahi simultanément les deux tissus. Mais quelquefois les tendons seuls sont affectés. Ce sont les plus épais et les plus résistants qui deviennent le siége le plus habituel des lésions syphilitiques. Elles prennent naissance à leur surface ou à leur centre. Nünn a observé un cas dans lequel les tendons des muscles qui s'insèrent à la partie supérieure et interne du tibia présentaient une tumeur gommeuse qui se ramollit et ulcéra la peau. Les tendons du pied étaient également altérés, et la guérison eut lieu sans aucune ré-

traction. Lorsque les produits gommeux occupent le centre de la corde tendineuse, comme dans un cas de gomme des tendons des fléchisseurs des doigts, observé et dessiné par M. Bouisson, les fibres sont écartées; la tumeur prend une forme ovoïde ou fusiforme, et, quand elle se ramollit, on peut y percevoir de la fluctuation. Ces petites tumeurs ont été décrites par Lisfranc sous le nom de *nodosités blanches*. Il en avait observé une assez volumineuse sur un danseur de l'Opéra; elle s'était développée dans le tendon d'Achille et elle fut guérie par l'iodure de potassium. Ce tendon, celui du biceps ou du triceps crural en sont le plus fréquemment atteints. Dans la thèse de M. Saint-Arromand (Paris, 1858), on trouve un cas où le tendon rotulien, infiltré par la substance gommeuse, était en partie détruit; l'articulation du genou était remplie d'un liquide séreux. Nélaton a observé deux tumeurs gommeuses développées dans le tendon du triceps crural; elles simulaient un corps étranger. Dans un autre cas la tumeur avait envahi le muscle droit antérieur de la cuisse et elle avait donné lieu à une hydarthrose qu'on aurait pu prendre pour une tumeur blanche.

II

Voici le résumé d'une observation de tumeur syphilitique siégeant sur l'extrémité inférieure de chaque tendon d'Achille. Elle a été recueillie par M. le professeur Bouisson, et se trouve dans son mémoire :

Un jeune homme, âgé de 22 ans, n'ayant jamais eu aucune manifestation scrofuleuse ni rhumatismale, contracta une blennorrhagie suivie bientôt après d'un bubon dans chaque aine. Quelque temps après la disparition des dernières apparences de cette maladie, qui dura plusieurs mois, une douleur commença à se faire sentir sur la partie la plus élevée de chaque talon; puis elle s'accompagna d'une tumé-

faction qui ne tarda pas à acquérir le volume d'une noix. Cet état persista pendant près d'un an ; il y eut complication d'érysipèle ; puis l'affection sembla diminuer, mais les douleurs se réveillèrent avec plus de vivacité dans chaque tendon ; la marche devint pénible et le malade fut obligé d'entrer dans le service de M. Bouisson. Au moment de son entrée (2e année environ) il était dans l'état suivant : « Une tumeur du volume d'une noix existe de chaque côté, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum ; sa portion la plus large est à la partie déclive ; elle diminue en haut et se réduit peu à peu aux dimensions du tendon lui-même. Ce dernier paraît plus affecté dans ses couches postérieure et latérale que vers sa face antérieure. La tumeur est très-dure vers sa base. On dirait que dans ce point chaque calcanéum est le siége d'une exostose. La densité est moindre vers la partie supérieure, du côté droit surtout où la tumeur semble ramollie et présente une fluctuation obscure, comme si du liquide était infiltré dans un tissu cellulo-fibreux. La douleur est modérée lorsque le malade n'exécute aucun mouvement, mais elle s'accroît quelquefois spontanément pendant la nuit, et il souffre assez vivement si on comprime la partie malade ou s'il veut marcher. Sous l'influence de la contraction des fléchisseurs de la jambe, une sensation douloureuse se propage le long du tendon jusque dans la région du mollet. Du reste les deux tumeurs sont sans changement de couleur à la peau et elles ne donnent point lieu à des symptômes généraux. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité. » — On prescrivit un traitement mercuriel interne et topique ; puis des vésicatoires furent appliqués. La guérison, sans doute aidée par le repos, eut lieu, mais avec lenteur.

Je vous ai donné un long extrait de cette observation parce qu'elle présente plusieurs points douteux sur lesquels il est essentiel d'appeler votre attention. Pour l'honorable professeur de Montpellier, la nature syphilitique de l'affection des deux tendons d'Achille paraît évidente, bien que

dans les antécédents du malade on ne découvre aucune trace de chancre infectant ni d'accidents consécutifs rapprochés ou éloignés. La contagion vénérienne n'avait donné lieu, chez lui, qu'à une blennorrhagie ; et c'est presque aussitôt après la guérison de cette blennorrhagie qu'est survenue la tuméfaction douloureuse des tendons d'Achille. Eh bien, Messieurs, n'est-il pas permis de soupçonner que, dans ce cas, une blennorrhagie bien réelle a été, plutôt qu'un chancre hypothétique, la cause de la ténosite? A l'époque où cette observation a été recueillie, on était loin de connaître, comme aujourd'hui, les déterminations morbides que suscite l'inflammation de la muqueuse uréthrale sur les articulations. On ignorait à peu près ces déterminations, encore plus singulières, qui s'effectuent, toujours sous la même influence, sur les gaînes synoviales, sur les tendons, sur les muscles et sur les nerfs. Assurément, si cette partie si intéressante de la pathologie uréthrale eût été riche alors, comme elle l'est aujourd'hui, de tant de précieuses recherches, peut-être M. Bouisson n'eût-il pas été aussi affirmatif sur la nature syphilitique de la ténosite des deux tendons d'Achille.

Mais je ne veux pas pousser plus loin la critique d'un pareil fait. Il est pour moi l'occasion d'une remarque que j'ai faite ailleurs (1) et qui trouve ici sa place : c'est que deux affections aussi différentes que la syphilis et la blennorrhagie, par leur principe spécifique, par la place qu'elles occupent dans l'organisme, par toutes les circonstances essentielles ou accessoires de leurs manifestations, etc., se rencontrent à un moment donné sur le même terrain, pour y produire des accidents qui, outre la communauté du siége, présentent par leurs côtés extérieurs une grande

(1) Ch. Mauriac, *Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie*, Paris, 1875.

analogie. Aussi, quand un individu qui est syphilitique et blennorrhagique en même temps, est atteint de déterminations sur les synoviales et sur les tendons, est-il quelquefois fort difficile de faire la part qui revient à l'une ou à l'autre maladie.

Je vous soumets ces réflexions sans y insister, mais je vous prie de ne pas les oublier; et, pour vous donner un exemple de ce que peut faire la blennorrhagie quand elle suscite des arthrites ou des ténosites, je vous citerai le fait suivant que j'ai observé pendant six ans consécutifs:

Le malade, âgé d'une trentaine d'années, était blond, lymphatique, vigoureusement constitué, mais il n'était pas de descendance arthritique et il n'avait jamais eu ni goutte, ni rhumatisme. Néanmoins, dès sa première blennorrhagie, contractée en 1868, l'un des deux tendons d'Achille devint le siége d'une tumeur douloureuse. L'année suivante, suintement imperceptible, bientôt accompagné d'une hydarthrose du genou gauche qui dura deux mois. En 1872, 3e suintement; nouvelle arthrite du genou, de courte durée.

En février 1872, 4e blennorrhagie aiguë et purulente, sur le déclin de laquelle se produisirent des tumeurs douloureuses dans les deux tendons d'Achille. La tumeur du tendon d'Achille gauche disparut rapidement; mais celle de droite persista pendant longtemps sous la forme suivante: Le tendon d'Achille était doublé ou triplé de volume par une tumeur ovoïde, dure, douloureuse au toucher, sur laquelle se dessinèrent, au bout de quelques jours, deux nodosités superposées égalément dures. Cette tumeur, qui paraissait interstitielle, n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines; à sa surface, la peau était tendue et luisante, mais avait sa coloration normale. Des douleurs irradiantes partaient de cette tumeur et remontaient jusqu'à la

hanche, le long du membre correspondant. Son processus était semi-inflammatoire au début et chronique à la fin. Elle dura longtemps, même après que la blennorrhagie eût à peu près disparu. La claudication qu'elle avait causée dès son apparition fut très-longue à disparaître. Il survint aussi un peu d'hydarthrose indolente dans un des genoux.

En 1875, 5e blennorrhagie suivie, au bout de trois semaines, d'une douleur contondante dans le talon, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille droit, puis d'une hydarthrose double, etc., etc.

Ne pensez-vous pas qu'alors que les conséquences de la blennorrhagie étaient moins connues qu'aujourd'hui, beaucoup de médecins, même les plus instruits et les plus au courant de la science, auraient pris cette tumeur du tendon d'Achille pour une manifestation gommeuse de la syphilis ?... Songez donc à la possibilité de cette confusion !

III

Les gommes des tendons présentent une symptomatologie très-simple. Peu douloureuses au repos, elles le deviennent pendant la contraction des muscles, au point de gêner quelquefois les mouvements et de déterminer de la claudication lorsqu'elles siégent sur les gros tendons des membres inférieurs. Elles constituent des saillies, à contours plus ou moins nettement accusés, dures, petites, etc. C'est seulement pendant leur période de ramollissement que la peau devient adhérente à leur surface, s'enflamme, s'ulcère, se perfore et livre passage aux produits spéciaux de la régression gommeuse. La guérison des ulcères se fait longtemps attendre, sans doute à cause de la mobilité des parties sous-jacentes ; mais elle a lieu généralement sans rétraction.

Je vous ai signalé une des difficultés du diagnostic. Au début de l'affection, on pourrait confondre ces tumeurs avec les nodosités, résultant d'une accumulation de sérosité dans les bourses muqueuses naturelles ou accidentelles, et qu'on désigne par le nom de ganglions. Mais ces dernières sont peut-être plus mobiles ; en outre, elles se réduisent et suivent un autre processus. Du moment que la tumeur tendineuse s'est ramollie et ulcérée, elle ne peut être confondue avec aucune autre affection, et sa nature syphilitique devient évidente. Le pronostic de ces néoplasies syphilitiques est moins grave que celui des néoplasies musculaires. Le même traitement lui est applicable.

MYOPATHIES VISCÉRALES.

Jusqu'ici je ne vous ai parlé que très-incidemment des déterminations de la syphilis sur les muscles internes ou viscéraux. Elles occupent cependant une place importante dans l'histoire des myopathies spécifiques. Autrefois, on les connaissait peu ; on n'avait fait que les soupçonner, ainsi que l'indiquent les idées de quelques pathologistes du dernier siècle sur la syphilose du cœur. Parmi elles, les mieux étudiées, sans doute parce qu'elles sont très-fréquentes et se prêtent facilement à l'exploration, ce sont les néoplasies gommeuses de la langue. Avec la syphilose cardiaque, elles constituent à peu près toutes les myopathies syphilitiques internes, mais dans des proportions respectives fort inégales, car la syphilose cardiaque est aussi rare que celle de la langue est commune. Vous pouvez en juger par la statistique que je vous ai donnée précédemment : sur les 224 cas de syphilis tertiaire réunis par M. Jullien, il n'y en a aucun, dans lequel le cœur soit atteint, tandis qu'il en existe 3 de tumeurs gommeuses de la langue. Or, comme dans ces 224 cas de syphilis tertiaire il n'en existe

que 10 de myopathies syphilitiques, y compris celles de la langue, on voit que ces dernières sont, à l'égard de toutes les autres réunies, dans la proportion de 1 à 3 environ.

PREMIÈRE PARTIE.

GLOSSOPATHIES GOMMEUSES.

Siége superficiel ou profond des gommes de la langue; — plus fréquent à la base qu'à la pointe. — Leur volume. — Leur consistance. — Leur ramollissement. — Ulcérations consécutives.

Complications inflammatoires et gangréneuses. — Symptômes fonctionnels. — Trouble de la mastication, de la déglutition et de la respiration. — Œdème de la glotte.

Gommes précoces de la langue: — Observations. — Diagnostic des gommes de la langue d'avec certains psoriasis du même organe et d'avec le cancer psoriasis lingual.

De toutes les gommes musculaires, celles de la langue sont peut-être les mieux connues. On peut dire que leur histoire est à peu près complète. Elle avait été esquissée par M. Bouisson en 1846, dans le mémoire que je vous ai souvent cité; elle a été poursuivie plus tard par M. Lagneau fils, dans une série d'articles qu'ont publié la *Gazette hebdomadaire* et les *Archives de médecine* (1859-1860). Je vous renvoie à cette dernière monographie.

I

Ces tumeurs se développent dans tous les points de l'organe, sous la muqueuse ou dans la trame conjonctive intermusculaire. Elles siégent de préférence à la base. Leurs dimensions, leur nombre sont très-variables. Quant à leur

forme, elle est généralement arrondie ou ovoïde. Isolées ou confluentes, distinctes ou ne formant qu'une seule masse qui a envahi peu à peu toute la langue, ces productions morbides, plus ou moins nettement circonscrites, sont d'abord fermes et d'une dureté homogène qui contraste avec la consistance normale des parties voisines. Elles peuvent rester dans cet état pendant longtemps ; mais, peu à peu, elles se ramollissent à leur centre, deviennent pâteuses, envahissent l'étui muqueux, tombent en déliquium complet, s'ouvrent, se vident et se convertissent en ulcérations profondes, à bords irréguliers et taillés à pic, à fond grisâtre induré, tapissé par une fausse membrane.

Quelquefois le ramollissement est compliqué d'un processus gangréneux qui convertit en bourbillon une partie ou la totalité de la production morbide et des tissus voisins qui sont tuméfiés, œdémateux, violacés ou infiltrés de néoplasies diffuses. Les phénomènes inflammatoires sont aussi quelquefois très-prononcés à cette période de l'affection. Mais, du moment que l'évacuation s'est effectuée, ils se calment, et l'ulcération consécutive a de la tendance à se cicatriser, même sans le secours d'un traitement spécifique.

La réparation, en pareil cas, ne s'effectue pas sans perte de substance. Quand les gommes linguales se résorbent, elles peuvent ne laisser à leur place qu'une dépression qui se comble peu à peu. Les déformations de la langue produites par les gommes sont quelquefois très-considérables, soit pendant la période d'évolution, soit pendant la période d'involution. Les dernières sont définitives quand le tissu cicatriciel a remplacé la perte de substance.

Si les gommes sont superficielles, elles se décèlent à la vue, non-seulement par la saillie qu'elles font à la surface

de l'organe, mais aussi par leur teinte blanche jaunâtre, ou bien par une desquamation épithéliale qui persiste après leur guérison, comme si, en ce point, la muqueuse avait été atrophiée au point de ne pouvoir plus revenir aux conditions de sa structure normale. Elles ont d'habitude un début si insidieux, qu'elles échappent au malade et au médecin : on ne les découvre souvent que par la palpation, en pressant la langue entre les doigts, de haut en bas. On constate alors des nodosités, qui ont fait dire à M. Ricord que la langue semblait rembourrée de noisettes.

Le volume qu'acquiert la langue est quelquefois assez considérable pour la forcer à se placer entre les arcades dentaires et à sortir même de la cavité buccale. La salivation devient alors très-abondante.

Les troubles fonctionnels produits par les tumeurs gommeuses de la langue varient beaucoup suivant leur nombre, leur volume et leur position dans l'organe. D'abord c'est la mastication qui est gênée, surtout à la période ulcéreuse, parce que le processus plus ou moins irritatif qui s'effectue alors donne à ces productions une sensibilité morbide qui leur fait ordinairement défaut pendant leur période de progrès et d'état. Plus tard, la déglutition devient gênée et douloureuse ; ce symptôme se remarque lorsque les grosses gommes occupent la base de la langue. Il peut même alors survenir des accidents plus graves, tels que la gêne de la respiration continue ou paroxystique, tenant à la compression que ces tumeurs exercent sur les parties supérieures du larynx, à l'ischémie veineuse qui en résulte, et enfin, à l'œdème de la glotte consécutif. Il est rare que les choses en viennent à ce point dans la myopathie syphilitique de la langue. Ces accidents sont moins rares dans les sarcomes de l'organe.

II

Il me serait facile de pousser plus loin la description des gommes linguales. C'est un sujet dont je me suis occupé à diverses reprises. Ainsi, il y a quelque temps, je vous parlais, ici même, de quelques variétés curieuses et peu connues de la syphilose linguale, dans une leçon que je vous fis sur les *Laryngopathies syphilitiques graves, compliquées de phlegmon péri-laryngien.* Vous trouverez aussi des détails cliniques et anatomo-pathologiques sur cette question dans mon mémoire sur le *Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale.*

Les gommes de la langue sont plus fréquentes que celles des autres muscles. Elles sont aussi généralement plus précoces. J'ai insisté sur ce point dans les deux publications dont je viens de vous parler. Voici un cas où ces tumeurs se sont montrées le 5e mois de la maladie constitutionnelle.

Chancre infectant suivi, au bout de 37 jours, d'accidents secondaires du côté des muqueuses et de névralgies occipito-frontales violentes. (Traitement mixte.)
Vers le 3e mois de la maladie, apparition dans la langue, qui avait toujours été recouverte de plaques muqueuses, de tumeurs gommeuses, dont quelques-unes s'ulcèrent.

Le 22 avril 1872, je fus consulté par M. X.., âgé de 27 ans, grand, vigoureux, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladies, mais très-éprouvé par les privations et les fatigues du siége de Metz.

Le 10 septembre 1871, apparition sur le prépuce d'un chancre infectant, contracté avec une femme qu'il voyait habituellement.

Au 37e jour du chancre, plaques muqueuses à la gorge et

sur la verge. (Protoiodure et iodure de potassium.) Ce traitement mixte fut suivi, interrompu et repris pendant 3 ou 4 mois. Le malade fumait beaucoup.

Pas de roséole, pas d'alopécie, pas de croûtes dans les cheveux. Au début des accidents, névralgies occipito-frontales violentes.

La langue présentait des plaques muqueuses, dès l'invasion des symptômes constitutionnels; mais elle n'était devenue très-malade que dans les premiers jours du mois d'avril.

Voici dans quel état je la trouvai lorsque je vis le malade, le 22 avril (7e mois de la maladie) : gêne de la parole, de la mastication et de la déglutition ; salivation très-abondante ; saveur salée; obtusion du sens gustatif.

Sur le bord droit de la langue, qui était le siége de douleurs vives, il existait 2 ou 4 déchiquetures profondes cicatrisées (provenant d'une lésion qui avait débuté, sans aucun doute depuis un ou deux mois).

Les papilles avaient disparu sur presque toute l'étendue de la face supérieure de l'organe; elles n'existaient plus qu'à l'état d'îlots isolés, avec leur aspect touffu blanchâtre. Sur la partie desquamée, saillies mamelonnées couvertes d'une sorte de couenne grisâtre, et plaques de même nature disséminées çà et là.

La lésion la plus intéressante était constituée par de grosses nodosités sous-muqueuses, faisant peu de saillie à la surface de l'organe, et plongeant plus ou moins profondément dans l'épaisseur de sa masse charnue. La palpation les faisait distinguer très-nettement; on les sentait surtout dans la moitié antérieure et sur le côté droit de la langue, au voisinage des déchiquetures du bord correspondant.

Sur l'une de ces trois ou quatre nodosités intra-linguales, la muqueuse présentait un aspect pointillé, rougeâtre, ecchymotique.

Plaques muqueuses exulcérées et couenneuses sur les lèvres, congestion générale de la muqueuse bucco-pharyngienne.

Plaques muqueuses et croûtes dans le nez.

Large suffusion plastique, dure, cartilagineuse et recouverte de 2 ou 3 érosions papuleuses sur le prépuce à la place où siégeait le chancre (Induration secondaire). Adénopathie inguinale à peine perceptible, pas d'adénopathie cervicale.

Cercles de papules écailleuses sur le fourreau.

Santé générale très-bonne (Traitement hydrargyrique et iodure de potassium).

Le 11 juin, le malade m'écrivait que l'amélioration de la langue qui avait été sensible dans les premiers jours, s'était un peu ralentie ; qu'il se formait à droite, quelques trous et quelques points fistuleux (Ramollissement des gommes).

A l'époque où je pris cette observation, je la fis suivre des remarques suivantes, auxquelles je n'ai rien à changer :

« Les tumeurs gommeuses de la langue surviennent habituellement à une époque tardive de la maladie constitutionnelle. Aussi, quoique celles de l'observation précédente, n'aient fait leur apparition que vers le 5e ou le 6e mois à partir de l'accident primitif, je crois qu'on peut les regarder comme précoces. Il paraît y avoir eu deux poussées de tumeurs gommeuses : une première au 4e ou 5e mois, et la seconde en avril, au 7e mois. Les gommes de la première poussée s'étaient ramollies et avaient sans doute produit sur le bord de la langue les profondes déchiquetures cicatrisées. On ne peut pas en effet, rapporter ces pertes de substance à des ulcérations survenues d'emblée, car la syphilis de ce malade, n'a pas montré, jusqu'ici, une tendance prononcée à l'ulcération.

Les déterminations précoces de la syphilis sur le système musculaire, offrent, comme on le voit, beaucoup moins d'intérêt que les lésions osseuses, et elles sont moins fréquentes ; je ne parle, bien entendu, que des myopathies plastiques et gommeuses. Il est donc difficile de donner une description générale de cet accident rangé parmi les

tertiaires, mais qui peut très-bien devenir secondaire par sa date. Je ne connais pas d'exemple de ces sortes de myopathies antérieures aux manifestations cutanées et muqueuses. Les suffusions plastiques des muscles entrent facilement en résolution sans laisser de lésion appréciable dans le muscle. Mais les tumeurs gommeuses de la langue, au contraire, avaient ici été destructives en se ramollissant.

Existe-t-il des myopathies dans la syphilis héréditaire ? Je n'en connais aucun cas, et je ne crois pas qu'il y en ait d'observation, ce qui ne veut pas dire, du reste, que le fait ne se produit pas ou ne peut pas se produire. »

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur la question de l'innocuité du lait provenant de nourrices syphilitiques, par le Dr Ernest Gallois, Paris, 1877.

Voici un travail comme on devrait en souhaiter beaucoup; il est court, bien ordonné, démontre clairement ce qu'il veut, et entraîne la conviction du lecteur, qui ne se lasse point d'un style aussi agréable. L'auteur n'apporte pas de recherches personnelles, mais il a eu le mérite de recueillir et de discuter tous les faits publiés; de cette étude il résulte que le lait est incapable de transmettre la vérole.

Cette question a passé par bien des périodes, et, depuis 1505, où Cataneus la posa, a été résolue tour à tour dans des sens bien divers. On peut cependant dans ce débat compter *trois grandes périodes historiques.* Dans la première, Cataneus, Ferri, Astruc..., déclarent tous que le lait syphilitique donne la vérole, mais cette assertion ne s'appuie sur aucune preuve. — A partir de 1760, la discussion devient plus scientifique; les uns tiennent contre, Astruc déclare que le lait ne peut donner la vérole à moins que l'organe sécréteur n'ait été préalablement affecté; puis, dit-il, comment le lait, même s'il contenait un principe nocif, pourrait-il donner la vérole, puisque le pus vénérien peut être impunément ingéré par l'estomac? —

Enfin, plus près de nous, Cullerier cite à l'Académie de médecine cinq nourrices vérolées dont les nourrissons sont restés indemnes. Diday et les autres auteurs sont partagés d'opinion ; les uns sont contagionistes, les autres non contagionistes. Avec Profeta, la question entre dans une voie nouvelle, celle de l'expérimentation, qui donna des résultats positifs aux uns, négatifs aux autres.

Tel est l'état de la question que l'auteur nous présente dans son historique.

La deuxième partie renferme la discussion de toutes les observations. Celles citées par Diday et Robert prouvent bien que l'enfant a été contagioné, mais non qu'il ne l'ait pas été médiatement, soit par la nourrice, soit par un tiers. A une autre opinion de Diday, qui veut que si l'enfant n'est pas contagioné, cela tienne à ce que la nourrice est en traitement, l'auteur répond par une observation de Dron : il s'agit d'une femme qui nourrissait deux enfants, le sien et un nourrisson ; celui-ci lui donna la vérole, mais comme la mère avait eu le soin d'affecter un sein particulier à chaque enfant, sans se tromper jamais de côté, son enfant resta indemne. Elle n'avait cependant suivi aucun traitement, et on ne pouvait douter qu'elle n'eût la vérole, le sein consacré au nourrison présentant les restes d'un chancre.

Faut-il croire, comme le pense encore Diday, que les enfants restent indemnes en apparence parce qu'ils ont été infectés pendant l'état fœtal, ou que leur vérole a revêtu une forme insolite ? En réponse à cette hypothèse, l'auteur cite trois observations dans lesquelles les mères, infectées pendant leur grossesse, ont eu des accidents lorsqu'elles allaitaient, sans que pour cela les enfants aient jamais présenté le moindre accident.

Quant au traitement antisyphilitique suivi par la mère, M. Gallois est bien tenté de contester ses heureux effets

Cette opinion est basée sur un travail de Vilbouchewitch, où il est démontré que le mercure amène rapidement une diminution sensible des globules rouges. Cet état particulier du sang devrait retentir sur les organes de lactation: cependant quelques-uns des enfants examinés étaient en excellent état, et cela dans les cas où aucun traitement n'avait été fait.

Passons à la discussion théorique et à l'examen des inoculations. Les expérimentateurs italiens, adoptant la formule de Rollet, ont admis que s'il existait un virus dans le lait, il devrait être détruit en arrivant dans l'estomac au contact du suc gastrique qui neutralise le virus rabique et le venin de la vipère. Pour s'assurer que la présence de ce virus n'était qu'une hypothèse, ils firent des expériences directes. L'auteur examine donc le résultat des inoculations pratiquées par Padova et Profeta, soit en injectant du lait de syphilitique avec la seringue Pravaz, soit en la déposant sur une surface dépourvue de son épiderme ; la conclusion de ces expériences fut que le lait d'une femme vérolée ne renferme pas de virus inoculable.

La question de l'innocuité du lait en était là, lorsque le professeur Voss publia le résultat de ses inoculations. Ce médecin avait injecté, à trois femmes, du lait pris chez une syphilitique : deux des sujets étaient restés indemnes , mais chez le troisième on avait vu survenir, au bout de quarante jours, une éruption papuleuse d'abord, puis maculo-papuleuse, sans que toutefois la plaie d'inoculation se fut transformée en chancre. Ce fait allait directement à l'encontre des observations de Padova.

L'auteur a donc cherché comment le lait inoculé pouvait donner la syphilis en Russie, tandis qu'il ne la communiquait pas en Italie. Il l'a fait d'une façon très-ingénieuse, en comparant l'observation de Voss avec une autre où il s'agissait d'une inoculation de sang vérolé faite à

trois médecins qui avaient pu, jour par jour et en toute connaissance de cause, suivre l'évolution de la vérole. Dans ce cas, chez les trois sujets, on vit survenir, dans le temps voulu, d'abord un chancre type siégeant au lieu de la piqûre et bientôt après les accidents caractéristiques. Chez la malade de Voss rien de semblable : l'incubation est d'une longueur démesurée ; il n'y a pas de chancre et la vérole commence par une éruption maculo-papuleuse. Cette absence d'accident primitif, le caractère secondaire de ceux qui se montrent tout d'abord ont permis à M. Gallois de penser que le sujet de l'observation pouvait bien être déjà en puissance de vérole, et ce qui ne peut que le confirmer dans cette idée, c'est que la malade était une prostituée, exposée chaque jour (et combien de fois ! à toutes les chances d'une inoculation non scientifique, il est vrai, mais bien probable.

Cet examen détaillé amène l'auteur à rejeter la conclusion de Voss et à admettre en fin de compte la parfaite innocuité du lait. Cette, conclusion une fois tirée, conduit M. Gallois à en déduire de judicieux conseils sur la conduite à tenir en présence d'un enfant nouveau-né à la nourriture duquel il faut pourvoir.

La discussion de cette observation de Voss a conduit l'auteur à formuler une idée personnelle dont on contestera peut-être l'exactitude, mais non l'originalité.

Mais comme en cette qualité elle n'a pas encore subi la consécration d'une discussion officielle, et qu'elle n'a que quelques faits à son actif, son auteur a été tellement effrayé de sa propre audace, qu'il l'a abritée dans un petit coin de son ouvrage, dans une des dernières pages — *in caudâ venenum*. M. Gallois déclare, en effet, que si la porte d'entrée du virus a eu le temps de se cicatriser pendant l'incubation, et que pendant cette période le sujet infecté présente une plaie, c'est là, sur cette surface vive que pourra

apparaître le chancre. — A ce propos, il cite le fait d'un homme infecté par les voies consacrées, et qui eut un chancre céphalique; pendant l'incubation un chien l'avait griffé à la tête.

La médecine elle aussi a ses conservateurs, gens timorés qui n'acceptent aucune théorie qui n'ait été patentée; n'y a-t-il pas là de quoi leur faire voiler la face? — Ils vont traiter d'hérésie cette théorie circulant S. G. D. G., puisque la Faculté n'est pas responsable, quoiqu'elle ait consacré ce travail. Et cependant, peut-on dire qu'il y ait des hérésies médicales? souvent ce sont les vérités du lendemain, et nous savons tels de nos maîtres auprès desquels l'idée si timidement exprimée par M. Gallois a trouvé crédit.

Nous reproduisons sous forme d'aphorismes les conclusions que pose M. Gallois.

I. — Il y a toujours danger pour un nourrisson à avoir une nourrice syphilitique, à cause de la déglobulisation qui peut faire perdre au lait toutes ses qualités.

II. — A un enfant sain né de parents sains, choisir toujours une nourrice saine.

III. — A un enfant né syphilitique, donner le lait maternel, ou, si cela est impossible, donner une nourrice ayant eu la vérole, mais guérie.

IV. — Si l'enfant naît sain d'une mère syphilitique, mais contaminée dans les deux derniers mois de la grossesse, on peut le confier à une nourrice non vérolée.

V. — Si l'on craignait que l'enfant visé dans le dernier paragraphe ne donnât la vérole à la nourrice, la mère pourrait le nourrir elle-même, mais en prenant mille précautions pour empêcher que par un contact quelconque la contamination ne se fît.

Assurément il y a bien quelques-unes de ces conclusions qu'on pourrait attaquer, mais il serait aussi facile de les défendre, et la préoccupation bien légitime qui a guidé

M. Gallois a été de faire à l'allaitement naturel la part la plus large possible ; et si nous devions chercher une devise à ce travail consciencieux, nous y mettrions celle-ci, qui nous paraît bien résumer les idées de l'auteur : « Guerre au biberon. »

PAUL DULAC.

REVUE DES JOURNAUX.

Caso importante di infezione sifilitica, par le Dr GIOVANNI BRAMBILIA.

C'est l'éternelle histoire des infections professionnelles. Une accoucheuse s'aperçoit un jour qu'elle porte sur le pouce de la main gauche une petite plaie de la grandeur d'une pièce de deux centimes; base dure, fond élevé, pas de douleurs, peau légèrement enflammée tout autour.

La Tecla, car c'est ainsi que se nommait cette femme, universellement estimée à Lodigiano, avait vu survenir cette ulcération à la suite d'une piqûre par une écharde. Le diagnostic resta longtemps incertain ; les troubles généraux étaient fort accentués : amaigrissement, fièvre le soir, avec douleurs atroces dans la calotte crânienne; enfin, après 2 mois d'incubation, parurent de petites papules squameuses de la grandeur d'une lentille. Deux injections de calomel suffirent à les faire disparaître, et, deux mois après, une rechute fut à nouveau traitée heureusement par ce moyen. Puis survinrent des douleurs des genoux et des jambes, qui cédèrent au bout de 3 jours à l'iodure de potassium administré à la dose d'un gramme par jour, et aujourd'hui sa santé paraît assez bien remise.

Cette observation put être heureusement complétée par la confrontation de la malade qui avait communiqué l'in-

fection, on la trouva couverte de papules ulcérées à l'anus et aux grandes lèvres accompagnées d'engorgement inguinal bilatéral.

Cette observation, à laquelle M. Brambilia a su donner dans l'original tout le charme d'un récit spirituel et émouvant, présente en résumé plusieurs points intéressants : l'infection par une voie heureusement anormale; l'intensité des troubles prodromiques, la prompte disparition des accidents sous l'influence d'une faible dose de mercure en injection hypodermique, et enfin les résultats très-précis de la confrontation. (*Gazetta medica Italiana Lombardia*, 1877, n° 24, p. 231.) Dr JULLIEN.

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA CHRONIQUE, PAR LE GLYCÉROLÉ DE SOUS-ACÉTATE DE PLOMB, par le Dr. BALMANNO squire.

Suivant cet auteur, le glycérolé de sous-acétate de plomb, donne d'une manière générale, des résultats beaucoup plus satisfaisants dans l'eczéma chronique que les préparations de zinc, de calamine ou l'onguent diachylon.

Voici le mode de préparation de ce glycérolé ;

Acétate de plomb..............	5 parties.
Litharge.........................	3 1/2. —
Glycérine........................	20 —

Faire chauffer pendant une demi-heure dans un bain de glycérine bouillante, en ayant soin d'agiter constamment le mélange et filtrer sous l'action de la chaleur. Le liquide qui en résulte est parfaitement clair et incolore, un peu plus visqueux que la glycérine pure.

Quand on applique ce glycérolé, le premier résultat que l'on constate, même dans les cas où il est le mieux indiqué, c'est une aggravation apparente de la maladie, c'est-à-dire la partie qui est le siége de l'eczéma paraît plus rouge,

plus enflammée, et plus humide. Il est facile de se méprendre sur cette rougeur qui pourrait amener à douter de l'efficacité du remède et à l'abandonner dès le début. Elle est due simplement à la transparence plus grande de l'épiderme et des squames, qui est occasionnée par l'infiltration de la glycérine qui laisse ainsi mieux voir la peau enflammée située au-dessous. Avant chaque application de ce glycérolé, il faut laver la partie avec une éponge fine trempée dans de l'eau de savon chaude.

(*Medical Times and Gazette.*)

NÉCROLOGIE.

Un de nos confrères les plus méritants et les plus sympathiques, M. le Dr Morice, vient de succomber à Toulon aux suites d'une affection contractée par les travaux qu'il s'était imposés sous le climat de la Cochinchine. Sa thèse sur la Dengue, couronnée par la Faculté de Paris, rattachait ce zélé travailleur à la dermatologie. Dans ses excursions en Cochinchine où la science tenait toujours le premier rang, à côté de ses recherches si fructueuses pour l'histoire naturelle, il étudiait avec soin tout ce qui se rapportait à la médecine, et, au retour de son premier voyage, il nous avait donné de précieuses indications sur les affections cutanées que l'on observe le plus habituellement dans ces pays. Ce titre de dermatologiste nous est une précieuse occasion d'unir notre voix à celles dont l'éloquente unanimité a si bien dit les rares qualités, l'exceptionnel dévouement, l'ardeur sans trêve, et aussi, hélas! la fin prématurée de celui qui, pour tous les amis de la science, fut toujours digne de servir de modèle.

A. D.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME HUITIÈME

1876-1877

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

P

R

S

T

Z

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Du pytiriasis, par le Dr VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Leçon recueillie et rédigée par DE BEURMANN, interne des hôpitaux; broch. in-8°, Paris, 1877, aux bureaux du *Progrès médical*, et chez A. Delahaye et Cie.

Étude sur le traitement du cancroïde par le chlorate de potasse, par le Dr ENTHYBOULE, broch. in-8°, chez A. Delahaye et Cie, Paris, 1877.

Étude sur le pityriasis rosé, par le Dr A. METTON, broch. in-8°, Paris, 1877, chez A. Parent, impr.

Variations in type and in prevalence of diseases of the skin in differsnt countries of equal civilization, by prof. James WHITE, broch. in-8°, Philadelphie, 1877.

The virus of venereal sores, its unity or duality, by prof. FREEMAN BUMSTEAD, broch. in-8°, Philadelphie, 1877.

Die Formen des Harnrœhrentrippers und die endoskopischen Befunde derselben, von Ds Jos. GRUMFELD, broch. in-8°, Wien, 1877.

Cutaneous and venereal memoranda, by prof. H. PIFFARD and Dr G.-H. FOX, 1 vol. in-32, New-York, 1877, William Wood et Cie.

Des boyaux dits préservatifs, de leur fabrication et de leur influence sur le développement de la maladie vénérienne, par les Drs E. BERTHERAND et L. DUCHESNE, broch. in-8°, Lyon, 1877.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12.